Il dentale si confronta con la crisi e prova a rilanciarsi

Da giovedì 6 a sabato 8 ottobre è di scena l'edizione 2011 di Expodental. Tra novità di prodotto e crisi dei mercati le aziende puntano forte sulla vendita diretta. E gli odontoiatri preparano la lista della spesa

Expodental è ancora il luogo dove il settore dentale si incontra e confronta?
Certamente sì perché, come dice il presidente Unidi **Mauro Matteuzzi**, «non è vero che i professionisti del settore sono adeguatamente informati sulle novità che l'industria internazionale ha realizzato per migliorare il lavoro dei dentisti e la salute dei pazienti». D'altra parte non è nemmeno semplice esserlo, visto il bombardamento di informazioni che ricevono quotidianamente. Non sempre, insomma, è semplice capire quale tecnologia può realmente aiutare la pratica clinica e quale invece può essere tralasciata, perché costosa e forse superflua.
A Expodental c'è di tutto: c'è il dentista affranto per lo studio che perde pazienti, ma ecco spuntare un collega impettito che (forse millantando) dichiara di andare a gonfie vele. C'è chi si ammazza ancora di lavoro e chi l'ha fatto per troppo tempo per voler concedere ancora il venerdì di lavoro al suo studio odontoiatrico. Tutti però sgomitano per uno sconto importante sul prodotto del secolo. E guai ad andare via dallo stand senza il più prezioso di tutti i beni: il gadget.
Eppure tutto questo non basta più al professionista: qualcuno lamentava che negli anni la fiera avesse perso parte del suo fascino e non ci fosse più la folla di un tempo. Per le aziende la presenza a Expodental era diventata quasi un investimento di marketing più che un'opportunità di incrementare le vendite.
La contrazione del mercato e la recente crisi da sole non bastano a spiegare questa dinamica, e allora l'Unione delle industrie dentali italiane, da sempre organizzatore della fiera, si è rimessa in gioco, e cerca soluzioni nuove per ridare appeal all'evento. Si è spostata a Roma, ha creato parallelamente alla fiera una parte culturale - Expodental Forum -, cerca di internazionalizzarsi non solo negli espositori ma anche nei visitatori. In qualche modo, Expodental cerca di rinnovarsi.
«International Expodental – conferma il presidente Promunidi, **Alessandro Gamberini** - è ancora oggi la manifestazione in cui poter vedere, provare, scegliere le ultime novità in tema di attrezzature e materiali, capire quali sono le tendenze di mercato e i nuovi indirizzi per dare ai propri clienti, siano essi pazienti o dentisti, sempre il meglio».
È ancora vero e, attenzione, è bene per tutti che rimanga così. A rimetterci non sarebbero solo i fatturati dei produttori, ma l'intero comparto odontoiatrico, legato a doppio filo con le aziende che investono in ricerca e sviluppo. «È il confronto con gli stessi produttori che fa la differenza - continua Gamberini -. Poter capire, dialogando con chi ha progettato e realizzato apparecchiature e materiali, o con i rispettivi opinion leader, rende Expodental un appuntamento a cui non si può mancare per non rischiare di rimanere indietro».
Forse se ne può anche fare a meno, probabilmente non si esce fuori mercato se non si partecipa, ma sicuramente un giro in Expodental non può che arricchire la professione di ognuno e, perché no, anche quella del buon vecchio e navigato manager d'azienda.

Andrea Peren

› *Mauro Matteuzzi, presidente presidente Unidi*

› *Alessandro Gamberini, presidente Promunidi*

EDITORIALE

Paolo Pegoraro
p.pegoraro@griffineditore.it

L'evasione fiscale non è più una virtù

Nella recente perdurante crisi, molte voci si levano a sostenere che il momento è il più adatto ad agire in modo *politically correct* e che la trasparenza e la comunicazione sincera e aperta alla fine pagano. È facile capirne i motivi anche solo pensando ai pasticci in cui ci si caccia quando si mente e si decide di sostenere fino in fondo le frottole che ci si è inventati, complicandosi la vita fino all'infinito, oppure fino al crollo e alla confessione finale e catartica.
È una semplice questione di praticità: come dire, meglio semplificare le procedure.
Così, molti sostengono (e anch'io) che uno degli strumenti migliori per risolvere il problema del debito del Paese, e far ripartire l'economia, sia quello di dichiarare guerra agli evasori in modo serio e sincero.
Non c'è bisogno di un genio per capire i motivi per cui potremmo perdere la testa se nostro figlio avesse urgentemente bisogno del neurochirurgo e il sistema sanitario nazionale, non avendo il denaro per pagarlo, ne rifiutasse il ricovero. Non c'è però una ragionevole risposta per chi replicasse: sì tutto bene, ma perché dovrei essere proprio io il primo a pagar tutte ma proprio tutte le mie imposte? Insomma, *not in my backyard*. Come dire: benissimo la raccolta differenziata, ma che sia qualcun altro a prendersi la briga di separare l'umido dalla carta, dalla plastica, dal vetro. Per questo tipo di obiezione non esiste una vera e ragionevole risposta: è una semplice questione di cultura sociale e di convivenza civile, la si impara a scuola e in famiglia, tutto qui. A volte è questione di classe.
Agli inizi dell'estate eravamo tutti increduli e scioccati per i disordini provocati dai giovani inglesi che sono scesi in strada e si son messi a spaccare le vetrine: ricordiamoci però che se i meno abbienti continuano a stare al gioco e non rovesciano l'ordine sociale pur rendendosi chiaramente conto che le imposte non sono per niente proporzionali al reddito, se non bruciano auto e non assaltano negozi (o lo fanno solo sporadicamente) è perché a nessuno è consentito di acquisire un vantaggio così sfacciato da stravincere.
Difficile mantenere quest'equilibrio per chi governa, sempre attento al proprio bacino elettorale da tenere quieto e consenziente. Eppure qualsiasi governo dovrebbe avere ben chiaro come sia preferibile che cresca la coscienza dei singoli, anche al lume del semplice buon senso: se il denaro non riprende a circolare e non si fa mercato, la gente nella sala d'attesa del dentista sarà davvero pochina.
E poi, che ci sarà ormai da evadere? Che cosa cambia, evadendo? Lo status sociale dell'odontoiatra non è certo più quello di un tempo: fino agli anni Ottanta, il dentista poteva ben dirsi un medio borghese con buon reddito e una forte propensione alla spesa. Oggi non è più così, e non sarà qualche piccola negligenza fiscale a cambiarci la vita. I veri privilegi sono concessi solo ai super-ricchi, e sono proprio questi privilegi a minare l'economia: non esistono privilegi per i poveri dentisti.
Oggi più che mai è evidente l'importanza di affiancare ai due pilastri individualisti (libertà ed eguaglianza) quello della solidale responsabilità e solidarietà nei confronti della società in cui ci si muove: che è poi senso di ragionevole utilità, di vera convenienza e senso pratico.

Il mercato parallelo dei dispositivi contraffatti

Il fenomeno ha proporzioni enormi e diffusione internazionale: contrastarlo non è semplice, e nemmeno riconoscere i prodotti contraffatti (e quindi non sicuri). Ecco il quadro della situazione e qualche consiglio di un esperto

› *Marisa Testa è titolare della società di consulenza regolatoria Thema srl (www.thema-srl.it), società di servizi con sede a Imola che si occupa di attività regolatorie e documentazione nel settore medicale.*
L'attività di consulenza in particolare è rivolta a tutte le aziende che devono provvedere a registrazioni internazionali, certificazioni e documentazione tecnica relativa all'esportazione e commercializzazione dei dispositivi medici e diagnostici in vitro in tutti i Paesi del mondo.

Non solo borse, vestiti firmati o giocattoli: la circolazione di prodotti contraffatti, come noto, interessa diversi settori commerciali. Purtroppo anche nel settore dei dispositivi medici vengono segnalate operazioni illecite di questo genere.
La globalizzazione ha generato l'avanzare di nuove economie emergenti sullo scenario internazionale, come India e Cina. E con esso è cresciuto il rischio di contraffazione o di immissione in commercio di prodotti non conformi alle direttive comunitarie, esteso oramai anche a pacemaker, defibrillatori impiantabili, elettrocardiografi e altri componenti elettronici utilizzati in campo medico. Strumenti delicati, in grado di compromettere la salute e la vita dell'uomo, con conseguenze talvolta gravi.

Un fenomeno internazionale

Il dilagarsi del fenomeno è principalmente dovuto all'estendersi delle alternative commerciali e all'evoluzione di nuovi canali non sempre controllabili lungo tutto il percorso di commercializzazione.
Più difficile nei canali di vendita ufficiali, che sono tenuti informati dalle aziende produttrici e distributrici delle problematiche connesse ad eventuali contraffazioni e si riforniscono dei prodotti attraverso vie controllate e autorizzate, diverso per i canali non ufficiali - o "informali" - e le vendite on line, dove i controlli sono più difficili e indiretti, attraverso siti dall'apparenza non sospetti. Un esempio è il caso delle "false farmacie", che citando case produttrici reali e organizzazioni come Fda o Canadian Health Care riescono a ingannare anche i più attenti e inconsapevoli.
Inoltre rientrano nel concetto di contraffazione anche gli abusi dei contratti di licenza (di produzione e/o distribuzione) da cui derivano la produzione di serie illegittime o le importazioni parallele illegali, l'imitazione servile, lo sviamento commerciale e altre anomalie che, a seconda dei casi, si situano giuridicamente più vicino alla contraffazione o alla concorrenza sleale.
È altamente probabile, oltre a ciò, che un dispositivo medico contraffatto non sia in regola con l'adempimento dei requisiti obbligatori per la commercializzazione all'interno del territorio europeo.

Riconoscerli non è mai semplice

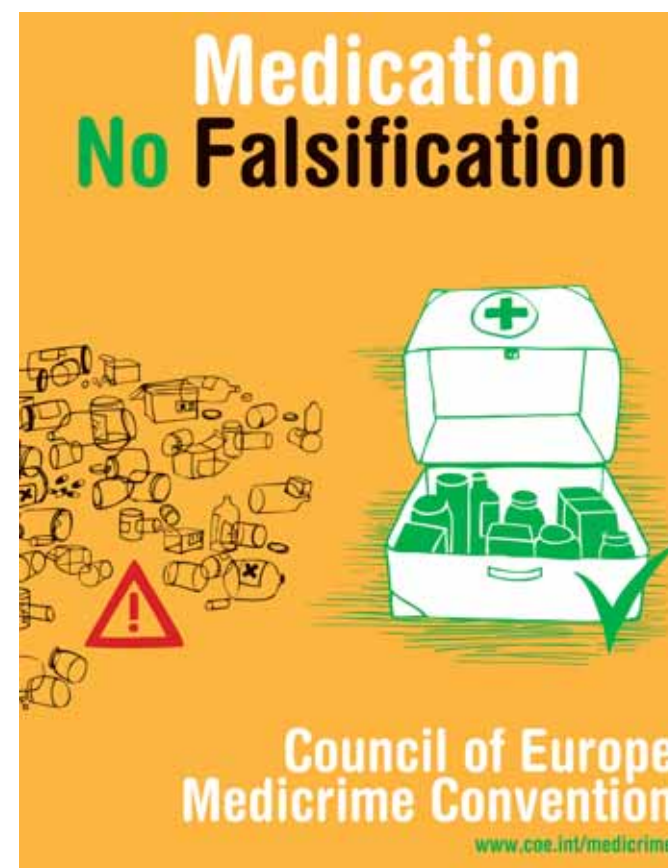
È possibile allora distinguere tra un dispositivo "in regola" e un dispositivo "non in regola"? Quali sono gli adempimenti necessari per poter immettere in commercio il prodotto in Europa e in Italia?
Di certo non è facile capire se un dispositivo è conforme ai requisiti di sicurezza previsti dalla Direttiva 93/42/CEE e successive modifiche, soprattutto se sono ben contraffatte le evidenze documentali che lo accompagnano. È opportuno tuttavia controllare alcuni aspetti, quanto meno a un primo approccio.
È presente sull'etichetta matricola o sull'imballo e nelle istruzioni per l'uso il marchio CE?
Se il dispositivo è di medio-alto rischio (classe IIa, IIb e III) il marchio CE è seguito dai quattro numeri identificativi dell'ente certificatore che ha emesso il certificato CE?
I quattro numeri designano un ente certificatore esistente?
Sono presenti le istruzioni per l'uso a corredo del dispositivo?
Se acquistato in Italia, sono presenti etichettatura e istruzioni per l'uso in lingua italiana?
Sull'etichetta, imballo e istruzioni per l'uso, è presente e non equivoca l'indicazione del fabbricante, eventualmente accompagnata dall'indicazione del rappresentate all'interno della Comunità Europea, se con sede al di fuori di quest'ultima?
Altri poi potrebbero essere i controlli più approfonditi, come l'esame del certificato CE (se disponibile) oppure la verifica dell'effettuata registrazione nella Banca dati e repertorio del ministero della Salute italiano, se il dispositivo è commercializzato in Italia.

La geografia del fenomeno

Fenomeno di livello globale, esistono tuttavia delle differenze sostanziali tra Paese e Paese, che dipendono da fattori istituzionali, giuridici, politici, culturali o sociali. I prodotti contraffatti provengono per il 70% dal sud-est asiatico e il restante 30% proviene dal bacino del Mediterraneo.
Cinque sono i Paesi che da soli producono l'80% delle merci contraffatte scambiate nel mondo: al primo posto figurano la Cina, Hong Kong, Tailandia e Taiwan.
A favorire la commercializzazione di tali prodotti è il passaggio attraverso aree fuori dai controlli doganali, le "aree di libero scambio" (*free trade zones*) come Dubai, Panama o le free trade zones cinesi: benché sia ufficialmente proibita la commercializzazione di beni contraffatti, le merci in transito non possono essere controllate, favorendone così la diffusione.

Controlli e provvedimenti

Sovente purtroppo, nonostante i controlli ufficiali, è il fabbricante stesso del dispositivo medico a scoprire la presenza sul mercato di copie contraffatte e ad emettere un "avviso di sicurezza" per fornire ai clienti/utilizzatori informazioni sulle modalità per riconoscere il prodotto originale da quello falso.
La Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici del ministero della Salute italiano pubblica tutti gli avvisi di sicurezza, anche on line, nell'obiettivo di una diffusione più capillare delle informazioni, oltre alle comunicazioni svolte direttamente dai fabbricanti e alle ulteriori iniziative dell'ente per arginare il fenomeno, in collaborazione con le altre autorità competenti.
Sono in atto anche altre azioni, più circoscritte ma comunque significative, come il neonato accordo di collaborazione tra i Nas e Assobiomedica per formare e trasferire conoscenza che consentirà ai militari dell'arma di migliorare l'azione di prevenzione, controllo e contrasto.

Al di là dei controlli e delle precauzioni a livello nazionale, mai come in questo caso è evidente l'importanza della cooperazione internazionale.
La convenzione Medicrime, promossa dal Consiglio d'Europa e la cui apertura alla firma avverrà il 28 ottobre, rappresenta il primo strumento internazionale che obbligherà gli Stati membri a considerare come reati penali sia la fabbricazione di prodotti medicali contraffatti che la fornitura, offerta di fornitura e il traffico di prodotti medicali contraffatti nonché la falsificazione di documenti, la fabbricazione o la fornitura non autorizzata di prodotti medicali e la commercializzazione di dispositivi medici che non soddisfino i requisiti di conformità. I prodotti medicali oggetto della convenzione Medicrime includono medicinali, dispositivi medici, principi attivi ed eccipienti utilizzati nella fabbricazione di questi prodotti. La bozza della convenzione è pubblicata sul sito *www.coe.int/medicrime*.
Allo stesso tempo la Commissione Europea, attraverso l'Osservatorio europeo sulla contraffazione e pirateria, sta attuando ulteriori misure di controllo e collaborazione internazionale per arginare il fenomeno.
Da una parte si sta mettendo a punto un codice unico per identificare i dispositivi medici a livello mondiale: oltre a Europa, Usa, Giappone, Canada e Australia, anche altri Paesi, in particole Cina e Russia, hanno espresso il proprio interesse nei confronti di questo meccanismo, che faciliterà a livello internazionale l'individuazione dei dispositivi medici contraffatti.
La Commissione ha inoltre avviato dialoghi bilaterali con gli enti cinesi preposti cinesi (Sfda e Aqsiq) nell'intento di elaborare una normativa in Cina che garantisca maggiore sicurezza dei prodotti ed elimini il problema della contraffazione.
Infine, sono state lanciate an-

› *Il manifesto della campagna Medicrime*

LA CONTRAFFAZIONE NEL SETTORE DENTALE

La contraffazione di prodotti dentali rappresenta ovviamente un grave rischio per la salute pubblica. Tra l'altro il fenomeno è in forte aumento negli ultimi anni a causa di metodi di contraffazione sempre più sofisticati e va ad inquinare il mercato e la crescita di tutto il settore.

In ambito implantologico, ad esempio, i numeri sono indicativi: ogni anno vengono applicati in Italia circa un milione di impianti e il 65% degli odontoiatri è in grado di realizzare questo intervento. Tuttavia, a fronte di tali dati che testimoniano una forte crescita, si riconosce una crescita collaterale del mercato della contraffazione, alimentato in particolare da Brasile e Cina, come pure da Corea e Sud America, e che fa leva su una riduzione dei costi, a discapito però della qualità e della salute dei pazienti.

Come noto i prodotti dentali si qualificano come dispositivi medici, la cui efficacia e sicurezza devono essere controllate al fine di non compromettere la salute del paziente. È estremamente difficile notare la differenza tra un dispositivo autentico e uno falso dal punto di vista estetico. È importante tuttavia adottare qualche accorgimento in più (controllo delle forniture, controllo della documentazione allegata al prodotto) affinché non si abbiano poi ripercussioni negative in fase di trattamento o post-trattamento.

La contraffazione nel settore dentale, insomma, è presente e rappresenta una vera e propria minaccia per i professionisti e per i loro pazienti.

M. T.

che campagne di informazione da parte dell'Unione Europea, personalizzate per ogni Stato membro, con la finalità di sensibilizzare il pubblico in merito ai rischi associati all'acquisto di merci contraffatte.
Non solo informazione, ma anche contributi finanziari e attività formative alle organizzazioni di consumatori affinché queste possano elaborare i propri strumenti di sensibilizzazione e collaborare con l'Osservatorio europeo nell'elaborazione di una strategia a lungo termine per promuovere una maggior consapevolezza nei consumatori.

Prevenzione e futuro

Gli accordi e le convenzioni che si stanno realizzando prevedono inoltre l'introduzione di misure preventive, tra cui la richiesta di requisiti aggiuntivi di qualità e di sicurezza per prodotti medicali e strumenti che ne garantiscano una distribuzione più sicura.
Potrà essere inoltre previsto un ulteriore controllo degli aspetti regolatori di documentazione, nonché sistemi di rintracciabilità lungo tutta la filiera, verifica della catena di distribuzione, la stipula di accordi con i fornitori di servizi Internet e registrazione dei domini.

Marisa Testa

I DENTAL DEALERS A INTERNATIONAL EXPODENTAL

All'interno di **Expodental Forum**, la parte culturale della manifestazione fieristica International Expodental (Fiera di Roma, 6-8 ottobre), si terrà quest'anno il **Dental Dealers Forum**, un incontro di grande interesse e richiamo per gli addetti ai lavori dei depositi dentali e più in generale per tutte le aziende coinvolte nella filiera.

In particolare i partecipanti si confronteranno sul tema della globalizzazione nel mercato dentale, vista senza dubbio come interessante opportunità economica ma anche come possibile fonte di minacce.

Altro tema di forte interesse e senza dubbio di attualità, la dimensione internazionale e il servizio locale, partnership lungo la filiera e nuovi canali distributivi.

Nel pomeriggio di giovedì 6 ottobre (nel padiglione 10 della struttura fieristica), nell'evento organizzato da Key-Stone per conto di Unidi, verrà trattata la tematica della relazione tra gli attori del mercato e saranno presentati i possibili scenari futuri con l'invito a un confronto tecnico specifico fra i massimi leader di opinione europei del mondo dell'Industria, della distribuzione e delle associazioni di settore.

A. P.

GDF E LOTTA ALLA CONTRAFFAZIONE

Un fenomeno che non conosce crisi, dai grandi traffici internazionali alla vendita sulle spiagge: l'"industria del falso" minaccia seriamente il tessuto socio-economico del nostro Paese e comporta gravi insidie al sano sviluppo dell'economia.

Si tratta di un fenomeno che non può essere contrastato solo all'interno dei nostri confini, perché, soprattutto nell'attuale quadro di globalizzazione economica, ha assunto una dimensione transnazionale tale da richiedere sempre più spesso soluzioni di profilo ben più ampio e condiviso, non tanto in ambito nazionale, quanto in chiave comunitaria e internazionale.

Alla contraffazione, inoltre, si accompagna tutta una serie di altre gravi manifestazioni d'illegalità: evasione fiscale e contributiva, sfruttamento del lavoro nero e irregolare, favoreggiamento dell'immigrazione clandestina, riciclaggio e reimpiego dei proventi illeciti, gravi rischi per la salute e la sicurezza dei cittadini nonché infiltrazioni e ingerenze della criminalità organizzata sia endogena che straniera.

La risposta operativa "sul campo" della Guardia di Finanza - che per legge è la forza di polizia deputata a combattere questi illeciti economico-finanziari - si è tradotta in questi anni in una marcata intensificazione dell'attività di contrasto, mirata a colpire tutti gli anelli della "filiera del falso": dall'importazione allo stoccaggio, dagli opifici clandestini alla minuta vendita.

Secondo dati della Guardia di Finanza, a partire dal 2003 i reparti del Corpo hanno complessivamente ritirato dal mercato quasi 760 milioni di merci di ogni tipo contraffatte, non conformi agli standard europei o, addirittura, pericolose, con una media di sequestri che negli ultimi anni si è stabilizzata costantemente sugli oltre 100 milioni di pezzi all'anno. Nei soli ultimi due anni, la Guardia di Finanza ha portato a termine oltre 32 mila interventi in materia di contraffazione: si tratta, in definitiva, di 1.300 operazioni al mese.

I settori merceologici più colpiti sono, come sempre, quello della moda e dei beni di consumo: questi ultimi, in particolare, sono in forte crescita rispetto allo scorso anno e costituiscono circa la metà dei prodotti sequestrati sinora.

Il giusto prezzo per un nuovo socio

L'arrivo di un partner nello studio può essere un'occasione importante per raccogliere risorse finanziarie prima di terminare la carriera o per far entrare nuove energie professionali nell'ambulatorio

Un nuovo socio, magari più giovane, che "bussa alle porte" dello studio, con la richiesta di diventare partner. Per molti odontoiatri italiani, soprattutto per quelli che si avvicinano alla data del pensionamento, è un'occasione importante per dare una svolta alla propria carriera, raccogliendo nuove risorse finanziarie e introducendo energie fresche all'interno dell'ambulatorio.
Il perché non è difficile da capire: l'arrivo di un altro odontoiatra, che mette a disposizione un bagaglio di competenze già acquisite, può consentire al titolare di uno studio odontoiatrico di allargare il numero dei pazienti e il ventaglio delle prestazioni, senza far crescere in maniera significativa i costi (grazie, ovviamente, all'uso condiviso con il socio degli impianti, dei macchinari e del personale di servizio).
Inoltre, particolare non da poco, un professionista che chiede di essere associato paga di solito un corrispettivo in denaro, consentendo così al titolare della struttura di mettere da parte un bel "gruzzoletto", molto prima di ritirarsi dal lavoro.

La richiesta economica

E allora, nasce spontaneo un interrogativo: quale prezzo conviene chiedere al nuovo partner per l'avvio di un'attività assieme?
Come per la vendita dello studio, gli elementi che concorrono a determinare il corrispettivo in denaro sono parecchi. Uno dei fattori più importanti è rappresentato però dai cosiddetti asset intangibili (cioè l'avviamento). Si tratta del valore intrinseco di una struttura sanitaria, che non si può "toccare con mano" e valutare con parametri assoluti e oggettivi (come si fa con i macchinari, l'immobile o le poltrone). La cortesia e la competenza del personale, la fama del professionista o il numero di pazienti già acquisiti sono soltanto alcuni esempi di questa "ricchezza nascosta", che determina il successo professionale di un dentista e del suo studio.
Thomas Snyder, esperto statunitense di pianificazione strategica delle strutture odontoiatriche (intervistato nei mesi scorsi dal magazine *Dental Economics*) ha dichiarato di considerare gli asset intangibili come la principale componente del valore di un ambulatorio, a cui va assegnato addirittura un peso del 75% sul totale, contro il 25% rappresentato invece dalle immobilizzazioni immateriali (o asset tangibili, cioè i macchinari, gli arredi, le poltrone e i locali). Quando si accetta l'ingresso di un nuovo associato, dunque, a detta di Snyder bisogna prima aver valutato correttamente l'avviamento dello studio.
Secondo **Roger K. Hill** (un altro esperto americano di consulenza manageriale, intervistato nei mesi scorsi da *Dental Economics*), questo processo di misurazione degli asset intangibili deve avere soprattutto un punto di partenza: la stima dei ricavi e degli utili prospettici dell'ambulatorio, attesi per i prossimi sei esercizi.
Purtroppo, però, fare previsioni per un arco di tempo così lungo non è facilissimo. Per questo, in Italia molti dottori commercialisti individuano di solito diverse tipologie di documenti che possono aiutare a fare delle ipotesi sulla redditività futura di una struttura odontoiatrica.

Un calcolo piuttosto complesso

Oltre che dai dati di bilancio degli ultimi tre esercizi, dalle dichiarazioni dei redditi del professionista o dalle risultanze degli studi di settore, gli asset intangibili di un ambulatorio possono essere dedotti anche da altri elementi più "qualitativi", come ad esempio il materiale utilizzato per la comunicazione coi pazienti, gli orari di apertura al pubblico oppure eventuali accordi con i collaboratori e i dipendenti. Questo per verificare, ad esempio, se vi sono dei contratti in scadenza che possono comportare un indebolimento dello staff dello studio o se vi sono degli aumenti salariali in vista che incidono sulla struttura dei costi.
Senza dimenticare, poi, l'importanza di analizzare il profilo dei pazienti, stimando il loro numero complessivo e verificando come si è evoluto negli ultimi tre anni (cioè se è aumentato o diminuito). Infine, viene considerato un elemento importante anche l'ammontare dei crediti concessi dallo studio ai propri assistiti e non ancora riscossi.
Quindi gli esperti di consulenza manageriale consigliano di siglare dei patti ben precisi con il futuro socio, basati su una valutazione attenta degli asset intangibili dello studio, cioè di quella "ricchezza nascosta" che determina il successo dell'attività professionale. I dati di bilancio, insomma, da soli non bastano.

Andrea Telara

Come progettare la cessione dello studio

Nei prossimi decenni il sistema previdenziale pubblico non sarà più generoso come in passato. Per assicurarsi la tranquillità economica durante la vecchiaia, diventa molto importante massimizzare la cessione dello studio

Vendere lo studio e smettere di lavorare, in vista della terza età. Per molti dentisti italiani è un appuntamento importante, che segna la fine della loro carriera e l'inizio del meritato riposo. Ma è un appuntamento a cui è bene giungere preparati, visto che il sistema previdenziale del nostro Paese ormai non sembra più in grado di garantire degli assegni pensionistici abbastanza generosi, come quelli erogati nei decenni scorsi. Per questo, se l'odontoiatra non ha eredi pronti a sostituirlo nella professione, la vendita dello studio è un'occasione importante per "racimolare" un po' di risorse, in modo da affrontare con maggiore serenità gli acciacchi della vecchiaia. In altre parole, riuscire a massimizzare, a fine carriera, il prezzo incassato con la cessione dell'ambulatorio è una tappa fondamentale per molti professionisti che vogliono garantirsi maggiore tranquillità dal punto di vista economico.

Come riuscirci? È senza dubbio un interrogativo che non trova facile risposta e che non riguarda soltanto gli odontoiatri italiani ma pure molti loro colleghi dei maggiori paesi industrializzati. Negli Stati Uniti, ad esempio, la questione è stata dibattuta nei mesi scorsi sulle pagine del magazine *Dental Economics*, che ha interpellato su questo tema due esperti nella gestione degli studi odontoiatrici: **Sean Hudson**, partner dell'omonima società di consulenza manageriale e il collega **Thomas Snyder**, che da trent'anni si occupa di pianificazione strategica e finanziaria degli ambulatori e delle strutture dentistiche.

Come massimizzare la vendita

Sia Hudson che Snyder, rispondendo alle domande rivolte loro dai lettori del magazine d'Oltreoceano, hanno evidenziato un fattore molto importante: prima di ritirarsi dal lavoro, gli odontoiatri devono evitare di "tirare i remi in barca" e devono continuare a dedicare molte energie alla gestione dello studio, nonostante l'età non proprio giovanissima.

Soltanto così, a detta degli esperti, si può evitare il rischio di perdere quote di clientela a danno dei concorrenti e di veder calare il proprio prestigio professionale, con una inevitabile conseguenza: una discesa vertiginosa del valore di mercato dell'ambulatorio, che ha ripercussioni assai negative sul prezzo di vendita potenziale della struttura. «Troppo spesso vedo i dentisti che si avvicinano all'età pensionabile ridurre notevolmente la propria presenza al lavoro, limitandola a due o tre giorni alla settimana» dice Hudson. E invece, a detta del consulente statunitense, non va dimenticato che una studio dentistico è un po' come il titolo di una società quotata in borsa: deve essere venduto quando il suo valore ha raggiunto il livello massimo, e non dopo una lunga fase di ribassi.

Dello stesso parere è anche Snyder, che invita i professionisti in procinto di ritirarsi dal lavoro a continuare a investire denaro ed energie nelle attività di marketing, a sviluppare strategie di comunicazione attraverso internet (che oggi è un mezzo promozionale molto e efficace) e a mettere in atto delle adeguate politiche di riduzione dei costi gestionali, allo scopo di aumentare la redditività dell'ambulatorio, certificata dal bilancio annuale.

Il valore della pazientela

Va ricordato che anche in Italia gli esperti di economia aziendale mettono da sempre in evidenza un elemento importantissimo che incide in maniera significativa sul prezzo di cessione di uno studio professionale. Si tratta del valore di avviamento, un parametro che include tutti i beni immateriali dell'ambulatorio (i cosiddetti asset intangibili), a cominciare dai pazienti. In altre parole, per stabilire il prezzo della cessione dello studio, non conta soltanto il valore dei macchinari e degli strumenti di lavoro presenti all'interno dei locali, ma anche il numero di clienti già acquisiti che, una volta avvenuta la vendita dell'ambulatorio, presumibilmente scelgono di mantenere un rapporto stabile anche con il nuovo titolare.

Certo, quest'ultimo valore è un po' difficile da determinare con precisione ed è soggetto a un certo grado di aleatorietà, visto che la relazione tra i dentisti e i loro assistiti si basa anche su un rapporto di fiducia molto personale, che non rende agevole il trasferimento della clientela da un professionista all'altro. Eppure l'avviamento è da sempre un elemento che incide sul valore di uno studio professionale, come ha ribadito due anni fa anche una sentenza della Cassazione (la n. 2860 del 9 febbraio 2009).

Per massimizzare il prezzo di vendita, insomma, è bene evitare al massimo perdere clienti negli ultimi anni della carriera. Anzi, è opportuno cercare addirittura di aumentare il più possibile la quantità dei pazienti, facendo un ultimo sforzo, prima di godersi il meritato riposo.

Andrea Telara

La ristrutturazione dello studio dentistico

I consigli di un progettista esperto in ambito odontoiatrico sono fondamentali per evitare errori in fase di acquisto dell'immobile, definizione degli spazi e progetto degli impianti necessari all'attività

› *Francesco Frova nasce a Milano nel 1962. Libero professionista con studio in Milano, dal 1988 si occupa di progettazione tecnica specializzata per ambienti medici*

La professione dell'odontoiatra non può oggi prescindere da una ottimale organizzazione tecnica e funzionale dell'ambiente di lavoro.

La qualità dell'operato del medico, ma anche e soprattutto il benessere quotidiano di chi opera in studio per tutta la giornata, dipendono in modo molto sensibile da come gli ambienti rispondono ergonomicamente alle funzioni e agli scopi per i quali sono stati progettati.

La definizione in sede preliminare dell'attività che vi verrà svolta, unita alla competenza del progettista, saranno di fondamentale importanza per ottenere il massimo della qualità dai locali che avrete a disposizione.

Progettare correttamente uno studio significa quindi avere chiare e definite in anticipo tutte le componenti di natura tecnica, logistica e di immagine che tale ambiente dovrà gestire.

L'analisi funzionale dello studio

Il punto di partenza deve essere sicuramente un'analisi della situazione esistente nel vecchio studio, nella quale si affronteranno in modo critico le problematiche che si sono rilevate nel corso degli anni e si evidenzieranno le doti positive che vi si sono riscontrate.

In seconda battuta si cercherà di stilare una lista delle nuove necessità e dei desideri di ampliamento e cambiamento che il nuovo studio dovrà consentire.

Solo a questo punto si cercherà di far coincidere tali desideri con i locali a disposizione. Fare questa operazione solo dopo aver analizzato i due punti precedenti è il modo migliore per non farsi condizionare dalla sagoma o dalla disposizione attuale dell'unità immobiliare che avrete a disposizione: l'esperienza, la fantasia e la competenza del vostro progettista, se esperto della materia odontoiatrica, sapranno ricavare soluzioni funzionali ben oltre quelle da voi immaginate a prima vista.

Questa considerazione è tanto valida sia che abbiate già una unità immobiliare a disposizione, sia che dobbiate cercare una nuova location per la realizzazione dello studio.

In questo caso sottoporre al progettista le planimetrie che vi verranno proposte prima dell'acquisto o dell'affitto vi consentirà di ottenere una valutazione preliminare sull'idoneità dei locali a ricevere le funzioni precedentemente analizzate.

Acquisire nuovi locali

Quando l'odontoiatra affronta la realizzazione di uno studio in una nuova unità immobiliare si trova di fronte al primo importante problema: la scelta dell'immobile.

In linea generale lo spostamento dello studio in una zona diversa da quella in essere è un'operazione che va attentamente ponderata: la prima considerazione da fare è quella di stabilire come verrebbe recepito tale spostamento dai vostri pazienti. In alcuni casi la tipologia dei pazienti mal sopporta di cambiare zona. In altri casi invece lo spostamento in altra parte della città porta dei miglioramenti, ad esempio

nella possibilità di parcheggio o nella disponibilità di mezzi pubblici.
In questo caso l'effetto negativo della prima considerazione va attentamente bilanciato con i risvolti positivi della seconda. Dato però la sempre maggior difficoltà di spostamento in aree urbane, la vicinanza dei nuovi locali a una fermata della metropolitana o a un parcheggio sarà sicuramente un elemento favorevole che influirà sensibilmente in tale scelta.
Dal punto di vista strettamente tecnico, spostare l'attività in nuovi locali, anziché ristrutturare l'unità immobiliare dove vi trovate attualmente, porta gli indiscutibili vantaggi del non dover interrompere l'attività per la durata del cantiere, trasferendosi nella nuova sede in modo veloce e indolore.
Analogamente, ristrutturare il proprio studio metà alla volta, riducendo l'attività in una parte ridotta dell'ambulatorio, è un'operazione sicuramente fattibile, ma con grandi disagi: il cantiere durerà il doppio di uno normale, e voi sopporterete fastidio e rumori per tutta questa durata a fianco del locale dove state lavorando.
Ma, qualora non vi siano alternative a questa opzione, pianificate al meglio le scelte e le tappe di cantiere, anticipando al massimo l'ordine dei materiali, per farlo durare il meno possibile.
Nel caso quindi che preferiate trovare una unità immobiliare nuova, a questo punto il secondo argomento da affrontare sarà la scelta della tipologia e della dimensione.
Data anche la situazione economica attuale, oggi sul mercato immobiliare è presente un'offerta estremamente ampia e diversificata di tipologie di locali. La crisi in essere ha costretto molte società a chiudere o trasferire le proprie sedi, col risultato di avere una grande offerta sul mercato di locali con destinazione ufficio, a prezzi relativamente bassi.
In realtà, per le caratteristiche di sagoma, ubicazione o per particolari vincoli di natura tecnica, estetica o burocratica solo alcune possono essere considerate idonee per l'allestimento di uno studio odontoiatrico.
Uno dei primi punti che dovremo analizzare sarà la possibilità di accesso ai locali da parte dei portatori di handicap. Una specifica normativa nazionale (d.m. 236/89) definisce in modo chiaro le caratteristiche di visitabilità dei locali da parte di persone con ridotte capacità motorie.
Un gradino nell'androne, la rampa delle scale o un ascensore troppo stretto possono in alcuni casi essere degli ostacoli insormontabili per una carrozzella. In tali casi si può procedere all'installazione di montascale elettrici, spesso però troppo costosi o osteggiati dal condominio per ragioni estetiche.
Nel caso di immobili non adeguati alle caratteristiche di accessibilità, o nel caso della presenza di ostacoli, ogni Asl definisce in modo più o meno elastico le deroghe e i sistemi di ausilio utilizzabili, quali ad esempio pedane mobili o trattorini montascale.
Sotto questo punto di vista gli immobili di nuova costruzioni, in quanto soggetti al rispetto della succitata legge, sono sicuramente da preferire, in quanto già a norma per l'accesso dei disabili.
Sempre a livello condominiale è bene verificare che nel regolamento di condominio non vi siano preclusioni alla presenza di uno studio odontoiatrico, sia per espresso divieto all'origine, sia per la presenza di un collega che ha fatto apporre tale limitazione quale deterrente per la concorrenza.
Infine verificate bene di non avere contiguità o pericolose vicinanze con locali che possano essere in vario modo molesti, per emissione di odori o rumori che mal si accorderebbero con un ambiente tranquillo e di qualità quale uno studio medico.
In particolare friggitorie o McDonald's per quanto riguarda emissione di odori, palestre o sale giochi per la loro rumorosità.

L'ampiezza dei locali

Dopo aver esaminato i problemi sopra descritti è bene spendere due parole sull'altro vero grande argomento di scelta: la dimensione dei locali che andremo a cercare e l'implicazione della sagoma dell'appartamento sulle possibilità di taglio di progetto.
Il principale elemento da tenere in considerazione in sede di scelta è sicuramente il numero di finestre che l'unità immobiliare dispone.
Oggi le Asl e gli uffici tecnici comunali premono in modo sempre più rigido perché sia applicata la regola che ogni ambiente di lavoro debba essere illuminato in modo naturale.
Con esclusione di alcuni ambienti particolari, ogni locale deve possedere quindi una superficie di aperture verso l'esterno proporzionale alla sua superficie in pianta (rapporto aeroilluminante).
A livello di aerazione artificiale è più facile ottenere delle deroghe, mediante l'utilizzo di condizionatori o estrattori d'aria, mentre a livelli di illuminazione ogni locale dove si lavora deve essere sufficientemente illuminato in modo naturale.
E, data la caratteristica tutta italiana di interpretare a livello locale le normative, sarà buona norma approfondire preliminarmente con gli uffici competenti quali siano le richieste che vigono a livello locale.
In linea generale i locali che necessariamente devono avere una finestra propria sono le sale operative e gli uffici. Vi è abbastanza poca uniformità di vedute tra le varie Asl se la sala di attesa debba essere illuminata in modo naturale, non essendo un locale di lavoro ma solo di stazionamento.
I locali accessori, quali ad esempio la sterilizzazione, il locale ritocchi o il locale rx, possono in genere essere dotati solo di estrazione forzata, così come gli spogliatoi e i bagni.
La reception, se configurata come un locale in cui staziona e lavora la segretaria, deve avere sicuramente una finestra. Qualora sia solo un punto di appoggio per prendere l'appuntamento e firmare un assegno di solito viene tollerata come locale di non permanenza, e come tale ammesso anche senza finestra.

L'organizzazione dello spazio

Per quanto riguarda la sagoma in generale sarebbe meglio evitare gli appartamenti con ingresso troppo baricentrico, in quanto la posizione della porta di ingresso obbligherebbe a dividere in due lo spazio a disposizione e limiterebbe una logica compartimentazione tra area clinica e area extraclinica.
Analogamente la presenza di muri portanti e pilastri aggiungerebbe qualche vincolo progettuale che, se non ci fosse, permetterebbe una maggior varietà di soluzioni di layout da valutare.
La disponibilità di balconi o di cantine collegabili impiantisticamente con l'appartamento è sicuramente un'ottima caratteristica, data la necessità di dover spesso dislocare condizionatori all'esterno o il locale motori in cantina, al fine di eliminare ingombro al piano e fastidiosi rumori.
Un altro problema che influisce sulla scelta dell'immobile riguarda la dotazione di canne di scarico: una distribuzione razionale e omogenea delle tubazioni di fogna sarà sicuramente un ottimo motivo di valutazione. In un edificio esistente, quindi, si dovrà per forza adattare il progetto alle colonne montanti, magari, sempre che la Asl non lo osteggi, ricorrendo a pavimentazioni galleggianti che ci facciano recuperare pendenza utile per raggiungere il punto di scarico.
Qualora invece ci si orienti verso un edificio in costruzione le cose diventano sicuramente più semplici, a patto di avere alcuni accorgimenti in sede di acquisto.
Dal punto di vista tecnico il primo vantaggio, di cui all'argomento appena citato, sarà quello di avere una disposizione dell'impiantistica condominiale elettrica e idraulica più facilmente modificabile e adattabile alle vostre esigenze.
Per contro gli edifici nuovi tendono ad essere costruiti quasi sempre con una altezza interna di 2.70 metri, per limitare i costi di costruzione legati alla volumetria dell'immobile. E ciò porta spesso ad una difficile distribuzione degli impianti di condizionamento nei controsoffitti, non potendo scendere sotto tale quota nei locali di permanenza.
Se acquisterete un immobile "al rustico" avrete la massima libertà nel scegliere gli impiantisti che la realizzeranno, e poter scegliere qualcuno di provata fiducia e affidabilità non è sicuramente una cosa da poco, vista la vostra necessità di poter avere nel tempo un elettricista e un idraulico pronti a correre in caso di guasti o manutenzioni.
Dal punto di vista economico invece è di vitale importanza accordarsi in modo preliminare col costruttore su cosa e come dovrà realizzare: nel caso che acquistiate una unità immobiliare e vi accordiate sul fatto che vi venga consegnata finita, è fondamentale fornire al costruttore in sede di compromesso una descrizione dettagliata delle opere che lo metta in condizione di quantificare l'impiantistica e le finiture che dovrà realizzare, anche senza avere ancora definito un layout progettuale.
Un professionista esperto del settore vi potrà fornire un capitolato generico che quantifichi il numero e la tipologia dei vari impianti, limitando le varianti in sede di costruzione. E proprio tali varianti sono la maggior fonte di reddito dei costruttori, che si trincerano dietro una vostra presunta poca chiarezza nel comunicargli i contenuti del progetto in sede di vendita.

Arch. Francesco Frova

Planimetria dell'immobile prima dell'intervento

Nuova distribuzione degli spazi in seguito alla ristrutturazione

Assistenti, si lavora sul profilo professionale

Il ministero della Salute sta esaminando la proposta di istituzione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, che istituirebbe anche un percorso formativo dedicato

Il dibattito sulla definizione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico (Aso) entra nel vivo e sono molte le realtà associative e sindacali che a ragione partecipano a quella che sembra ormai essere una necessità, per vari motivi. Anzitutto dare dignità professionale all'Aso, riconoscendole il ruolo di operatore della salute, significa trasmettergli responsabilità nell'esercizio delle sue mansioni e quindi garantire un servizio migliore alla collettività, ai pazienti. Sul tavolo anche alcune proposte per evitare che gli assistenti invadano il campo degli igienisti dentali, una brutta abitune degli studi dentistici italiani e non solo.
Un importante passo avanti è stato senza dubbio compiuto lo scorso marzo, quando l'associazione Italian Dental Assistant (Idea) ospitata dall'Università di Milano con il professor Giampietro Farronato, ha promosso e organizzato un convegno sul tema, al quale hanno partecipato i maggiori rappresentanti non solo degli assistenti ma anche degli odontoiatri. Il dialogo costruttivo con i datori di lavoro e gli altri professionisti dell'odontoiatria, infatti, caratterizza fin dall'inizio l'impegno delle associazioni e sindacati degli assistenti verso il pieno riconoscimento professionale della figura dell'Aso. I tempi sembrano ormai maturi, e il percorso è già iniziato.
Italian Dental Journal ha incontrato Paola Barbera, presidente di Idea, per fare il punto sul profilo professionale dell'assistente e sulla realtà della categoria.

Paola Barbera

Quante sono oggi le assistenti in Italia e che tipo di formazione hanno ricevuto?
Se ci basiamo sul numero di studi odontoiatrici esistenti in Italia, le assistenti non dovrebbero essere molte meno di centomila, di cui poche centinaia munite di attestato di partecipazione ai corsi che sono organizzati e gestiti in maniera autonoma da qualche Regione e da privati.
La maggior parte delle Aso, come sappiamo bene, ha imparato lavorando, istruita dalle colleghe e dal datore di lavoro. Un'istruzione impartita in questo modo crea però disparità e omissioni nella formazione, che si ripercuotono sulla qualità del servizio e sulla professionalità dell'Aso.

Quale l'esperienza degli altri Paesi europei riguardo al profilo professionale?
I membri della Comunità Europea presentano esperienze diverse e diversi profili. Si va dalla Dental Nouse irlandese all'Hammashoitaja finlandese, alle Assistantes Dentaires francesi.
Nei progetti di Idea c'è la realizzazione di un convegno allargato alla realtà odontoiatrica europea che possa mettere a confronto e faccia conoscere le esperienze formative di altri Paesi.
Un confronto che potrebbe aprire nuove prospettive per l'evoluzione della nostra formazione.

In molti studi le Aso svolgono incarichi che esulano dalle loro competenze. Un compito richiesto dai datori di lavoro che non porta alcun beneficio per le assistenti e molti rischi per i pazienti. Come scongiurarlo?
Le Aso devono agire con senso di responsabilità e professionalità negando, se necessario, la loro disponibilità a intervenire in ambiti non consentiti.
Questo come ben sappiamo è semplice solo a parole. Di fatto per una Aso che lavora - inutile ignorarlo - è molto difficile sottrarsi a richieste che diventano in alcuni casi

la normale routine.
Ed ecco che torna al primo posto l'importanza della qualifica e della formazione che, a questo punto, sono l'unico mezzo per rendere consapevoli e responsabili gli individui nello svolgimento dei loro compiti.

Quali invece gli ambiti di responsabilità che a suo giudizio il profilo professionale dovrebbe affidare agli assistenti?
Siamo certi che il mansionario approvato dalla Regione Lombardia già nel 2007 e la proposta di profilo professionale del ministero della Salute del marzo di quest'anno siano un valido punto di riferimento per quanto riguarda responsabilità e ambiti nei quali si può esprimere l'Aso.
A Idea piace pensare che, in futuro, ci sia la possibilità che Aso qualificate si possano specializzare in particolari mansioni, quali ad esempio l'assistenza in ortodonzia o l'assistenza al chirurgo implantare. A tutto vantaggio della qualità dei servizi offerti dallo studio odontoiatrico.

Dal punto di vista delle leggi e dei regolamenti, quali sono le tappe del percorso e le istituzioni chiamate in causa?
Il ministero della Salute, rappresentato per il settore odontoiatrico dal professor **Enrico Gherlone**, a febbraio di quest'anno ha convocato i rappresentanti delle associazioni di categoria per esaminare la proposta di istituzione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, con il conseguente percorso formativo.
Questa convocazione ha segnato un importante passo avanti nella definizione del percorso del profilo professionale e trova le associazioni che rappresentano le Aso unite dalla speranza che si possano superare tutti gli ostacoli e che si arrivi a un accordo su formazione e qualifica.
Quest'anno è stato depositato in parlamento anche un disegno di legge che definisce bene le mansioni e gli ambiti professionali nei quali l'Aso espleta le sue funzioni alle strette dipendenze dell'odontoiatra.
In attesa, le centomila di cui sopra, continuano a svolgere con cuore e cervello un lavoro bello e complicato, delicato e importante che ha bisogno soltanto di conquistare la sua dignità.

Andrea Peren

LE REALTÀ ASSOCIATIVE

AIASO - Associazione italiana assistenti di studio
Presidente: Annamaria Girardi
Sito web: *www.aiaso.it*

ANAO - Associazione nazionale assistenti odontoiatria
Presidente: Pamela Scarafia
Sito web: *www.assistentiodontoiatria.org*

IDEA - Italian Dental Assistant
Presidente: Paola Barbera
Sito web: *www.assistenteidea.eu*

SIASO - Sindacato italiano assistenti di studio
Presidente: Fulvia Magenga
Sito web: *www.siaso.org*

AIPAO - Associazione italiana personale ausiliario odontoiatrico
Presidente: Carmine Antonangelo
Sito web: *www.aipao.it*

ASSIASO - Associazione italiana assistenti studi odontoiatrici
Sito web: *www.assiaso.it*

IL DIALOGO E APERTO ANCHE A LIVELLO ISTITUZIONALE

Enrico Gherlone

Lo scorso marzo si è tenuto a Milano un importante incontro che ha radunato i maggiori attori della scena odontoiatrica nazionale coinvolti, a vario titolo, nella definizione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico (Aso).
Quella di regolamentare una figura professionale non ancora riconosciuta come l'Aso, infatti, è divenuta oggi una vera necessità. «Le parti sono d'accordo sulle competenze della figura professionale e sulla necessità di una formazione adeguata» aveva spiegato **Enrico Gherlone**, membro del Consiglio superiore di sanità e referente del ministero della Salute per quanto riguarda l'odontoiatria.

Il convegno, organizzato dall'associazione Italian Dental Assistant (Idea) aveva già messo in luce anche le criticità esistenti, legate soprattutto all'elevato numero delle assistenti presenti sul territorio (ad oggi quasi centomila) e alla loro disomogeneità di preparazione.
Anche la situazione nel resto dell'Europa non è definita, tanto che non esiste un unico quadro di riferimento da seguire, ma coesistono diversi modelli.

Quando medici e pazienti dialogano in rete

Salute e scienze mediche nel moderno web di partecipazione: blog, wiki e social network rivoluzionano la comunicazione medico-paziente. Anche l'Italia si affaccia sul panorama internazionale

Sono sempre più numerosi gli italiani che si rivolgono a Internet per ottenere informazioni sulla salute. Anche a livello globale, il web sta diventando un punto di riferimento per ricercare dati medici il più possibile completi e aggiornati. Non soltanto informazioni, ma anche sostegno e supporto. Si stanno infatti moltiplicando i soggetti impegnati a fornire indicazioni semplici e comprensibili, a trattare di esperienze personali utili a chi si trova ad affrontare la stessa malattia o condizione. La novità rispetto al web tradizionale è la possibilità offerta agli utenti di poter comunicare tra loro e scambiarsi conoscenze, esperienze vissute in prima persona e consigli: da qui la definizione di "web di partecipazione" o "web sociale".

Anche università, istituzioni pubbliche, organizzazioni e professionisti nel campo della salute e medicina cominciano a sperimentare l'utilizzo di blog e wiki e, in modo più limitato, ambienti virtuali tridimensionali, per la distribuzione di informazione scientifica.

Non si tratta tanto di nuove tecnologie quanto di un loro utilizzo innovativo nel settore sanitario: vengono impiegate per scopi educativi e per l'aggiornamento; ma anche per la comunicazione di scienziati e studiosi tra loro, con i pazienti e per la divulgazione al grande pubblico, diventato un interlocutore primario.

Questi mezzi permettono di integrare gli attuali servizi esistenti, sia online che offline, di migliorarli e di aggiungervi una nuova dimensione collaborativa offrendo agli utenti la possibilità di trasformarsi in giudici dei contenuti attraverso i sistemi di feedback. Inoltre, i contenuti viaggiano in tempo reale, possono essere modificati, integrati, corretti ed esposti utilizzando un linguaggio più informale e diretto.

Enciclopedie online

I wiki offrono uno spazio web a chi vuole contribuire in modo collaborativo a un progetto realizzato e portato avanti da più soggetti, e costituiscono una parte integrante del nuovo paesaggio della comunicazione nel campo della salute.

Sono scritti, gestiti e mantenuti allo stesso tempo da diversi autori, i quali possono non solo inserire personalmente contenuti ma anche leggere, modificare, integrare o cancellare il materiale che altri hanno già inviato al sito. Creati dalla collaborazione tra esperti e non esperti sono, in molti casi, liberamente accessibili al pubblico tramite Internet.

I dati raccolti derivano non solo da contributi degli autori ma anche da giornali *peer reviewed*, media tradizionali e nuovi media online. Importante è la possibilità di riunire, in modo organico e meglio organizzato, contenuti provenienti da diverse fonti evitando, in questo modo, ripetizioni e ridondanze.

Altri vantaggi sono, oltre alla grande flessibilità, la possibilità di ampliare le proprie conoscenze, anche attraverso punti di vista alternativi, permessi da link e collegamenti ad altri siti e risorse online, e l'approfondimento di argomenti o branche - solitamente trascurate - con sufficiente competenza.

Stanno così nascendo gli "health wiki" e le "enciclopedie wiki" dedicate alla salute, dove gruppi di più persone si formano attorno a specifici argomenti medici.

Un progetto internazionale

Inaugurata ufficialmente nel febbraio 2009, Medpedia (*www.medpedia.com*) include una enciclopedia collaborativa (o *knowledge base*) wiki, un network per professionisti e organizzazioni e una comunità di interesse per lo scambio di informazioni. È un tentativo di creare un nuovo modello online di condivisione e sviluppo delle conoscenze nel settore della medicina e della salute.

Si tratta di una piattaforma tecnologica gratuita, interdisciplinare, semplice da capire e utilizzare. È un progetto internazionale sviluppato in associazione con Harvard Medical School, Stanford School of Medicine, UC Berkeley School of Public Health, University of Michigan Medical School e supportato da altre organizzazioni di rilievo nel campo della salute tra cui National Health Services (Nhs).

Si tratta di una proposta a lungo termine e attualmente non rappresenta ancora una risposta completa ed esauriente ma l'obiettivo è quello di creare una delle migliori e più affidabili risorse online su medicina e salute.

Tra i wiki medici più significativi ne sono segnalati attualmente 69 in lingua inglese. Non esistono elenchi statistiche ufficiali relative agli health wiki ma siti come *www.wikiindex.org* fungono da indice classificando i wiki per argomento, mentre strumenti quali *www.wiki.com* e *www.qwika.com* sono dei motori di ricerca che permettono di ottenere testi provenienti esclusivamente da siti wiki.

› *Numero di blog (in milioni) tracciato da Technorati (www.technorati.com) tra ottobre 2003 e ottobre 2008*

› *Province italiane in cui si creano più blog. Fonte: blogitalia.it*

L'esperienza dei blog

Sono però i blog che riuniscono in sé le caratteristiche di pagina web e allo stesso tempo di forum di discussione, a dominare sempre di più la scena mediatica online in campo medico.

Facili da creare e utilizzare da qualsiasi postazione con accesso a Internet, i blog sono diventati dei consolidati strumenti per la comunicazione.

Ultimo obiettivo raggiunto è quello di essere diventati in molti casi un'alternativa alle pubblicazioni sui media tradizionali coinvolgendo i lettori nella condivisione di conoscenza, riflessione e dibattito.

Il blog può inoltre disporre di vari strumenti che permettono di modificare e migliorare le caratteristiche di funzionalità tra cui il trackback, per la comunicazione automatica tra blog, e i feed per la diffusione l'aggiornamento e l'approfondimento dei contenuti.

I feed, generalmente indicati nei blog sottoforma di icona arancione, rendono il contenuto dei singoli blog disponibile sul web in un formato standard conosciuto come Rss. Questo permette di essere avvisati quando i siti a cui effettuiamo una sottoscrizione hanno aggiunto nuovi contenuti relativi alle nostre aree di interesse. È così possibile vedere tutti gli ultimi titoli, notizie e articoli provenienti da diverse forme esattamente come e quando essi appaiono, tutti in un unico sito, senza dover navigare tra le diverse risorse e con notevole risparmio di tempo.

Una tipologia di comunicazione in forte crescita

Per le loro caratteristiche tecnologiche e le loro potenzialità comunicative, i blog sono sempre più usati in campo sanitario per fornire aggiornamenti medici e informazioni, forgiare connessioni con altre persone sofferenti e accrescere consapevolezza su varie malattie e condizioni cliniche.

Essi iniziano a diventare sempre più interessanti agli occhi degli utenti anche dal punto di vista dell'attendibilità. La consuetudine alla citazione delle fonti consente, infatti, di verificare la natura dei contenuti a cui si accede, opportunità estremamente significativa nel settore sanitario.

Esistono esempi di blog dedicati alla medicina e alle malattie scritti in prima persona da pazienti. Quando questi ultimi sono troppo giovani o impossibilitati a postare i messaggi sono i loro familiari a fornire dettagli sulle loro condizioni di salute.

I malati si rivolgono ai blog per cercare non solo risposte scientifiche ma anche emozionali, per condividere l'esperienza di altri soggetti che hanno dovuto affrontare gli stessi problemi. Inoltre, la voce di utenti più esperti li aiuta a rispondere a domande che si pongono ogni giorno e ai dubbi che possono nascere durante la malattia. Abbiamo esempi relativi soprattutto a tumori, ma anche malformazioni congenite, diabete, ustioni, operazioni chirurgiche, incidenti stradali che richiedono lunga ospedalizzazione. Si può parlare di qualsiasi argomento.

Molto meno numerosi rispetto ai blog dei pazienti ma in continua crescita sono anche i blog scritti da medici e altri operatori sanitari, ma anche allestiti da istituzioni scientifiche o riviste mediche.

Il motivo principale per cui i medici decidono di aprire e mantenere un blog quello di condividere esperienze, competenze e per fornire utili consigli ai pazienti quali, per esempio, la dieta da seguire o il modo corretto di assumere medicinali. L'utilizzo di podcast e filmati video, ancora poco sfruttati, rende più semplice da parte del paziente la comprensione dei messaggi.

Queste possibilità tecnologiche non possono mai sostituire le interazioni faccia a faccia, ma migliorano in modo significativo la comunicazione medico-paziente.

I social network

Si stanno diffondendo sempre più anche i microblog, cioè blog semplificati e aggiornati molto frequentemente. Piattaforme per i microblog sono i social network, primo fra tutti Facebook, che a febbraio 2010 ha annunciato il traguardo dei 400 milioni di utenti attivi in tutto il mondo. Questo microblog ha, tra i suoi punti di forza, oltre al numero di soggetti raggiungibili, la possibilità di formare gruppi di utenti caratterizzati da interessi comuni.

Questo ha trovato un'utile applicazione anche nel campo delle scienze mediche sia da parte dei singoli individui che di istituzioni e riviste scientifiche: *Nature Network*, *PLoS.org*, *student Bmj* e *The New England Journal of Medicine*, per esempio, hanno già un gruppo di contatto su Facebook. Per i pazienti esiste la possibilità di aggregarsi in comunità costituite da persone che condividono lo stesso problema clinico come artrite reumatoide, anoressia, disturbi psichiatrici, tumori e raccontano la scoperta della propria malattia, la diagnosi e la cura.

L'esempio, nel nostro Paese, è stato dato dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), la prima in Italia a utilizzare il social network più famoso del mondo. I medici si possono così scambiare informazioni e opinioni, aprire dibattiti e mettersi in gioco creando un rapporto di fiducia con i pazienti attraverso la comunicazione e l'informazione aggiornata.

Un futuro ancora incerto

È ancora presto per dire se questa fase di sperimentazione e trasformazione dei media, intesi anche come sistemi culturali, avrà gli esiti sperati sulla base delle attuali, incoraggianti, premesse. Studi sono necessari per permetterci di selezionare gli esempi migliori e più promettenti e per valutare la reale utilità e i benefici derivanti dall'utilizzo di questi tool nell'educazione medica, nella pratica clinica e nella comunicazione sulla salute.

Per il momento allora possiamo solo limitarci a constatare i risultati ottenuti e cercare di imparare dagli errori commessi per sfruttare appieno le potenzialità degli strumenti che questa era di transizione culturale e trasformazione tecnologica ci mette a disposizione.

Flavia Bruno

› *Aldo Crespi*

Come pubblicare online e ottenere visibilità

Come funziona la pubblicazione di un caso clinico sul portale Dental Academy? Quali vantaggi e obiettivi si possono raggiungere? Ci ha detto la sua Aldo Crespi, uno degli autori di *dentaljournal.it*

Più di 30 mila pagine visitate e già 56 casi clinici pubblicati: sono i numeri di Dental Academy, il portale dei casi clinici di odontoiatria ideato e curato da Griffin, l'editore di *Italian Dental Journal*.

Su *www.dentaljournal.it*, lo ricordiamo, qualunque odontoiatra può pubblicare un caso clinico affrontato nel suo studio: non è necessario si tratti di un caso emblematico, di una terapia estremamente particolare o di una tecnica ricercata. Basta un esempio di buona e corretta pratica clinica. Per condividere la propria esperienza con i colleghi e, perché no, per dare qualche indicazione preziosa ai più giovani.

Italian Dental Journal ha intervistato il dottor Aldo Crespi, uno dei tanti autori che in questi mesi hanno inviato il loro caso clinico a *redazione@dentaljournal.it*, e l'hanno visto pubblicato su Dental Academy.

Crespi, libero professionista di Corsico, Milano, autore di pubbicazioni scientifiche e articoli, socio dell'Accademia italiana di endodonzia (Aie), ad oggi ha pubblicato diversi casi clinici: «Otturazione in resina composita 1.6», «Protesi fissa tradizionale da 1.3 a 2.3», «Post-estrattivo immediato con carico differito», «Intarsi in resina in 2.4/2.5/2.6» e «Compromissione di 2.3».

I suoi casi clinici come quelli degli altri autori non verranno mai eliminati da Dental Academy, costruendo così nel tempo un'enorme database di esperienze cliniche in odontoiatria.

Dottor Crespi, che significato ha la raccolta sistematica dei casi clinici nella sua professione?

La documentazione dei casi trattati è un elemento essenziale della nostra professione, aggiungerei al giorno d'oggi irrinunciabile.

Rappresenta infatti non solo l'espressione del professionista di fronte a se stesso e nei confronti del paziente, ma anche un parametro di condivisione e crescita nel confronto con gli altri colleghi. Partendo dal presupposto che le linee guida offerte dalla letteratura rappresentano la base su cui agire, la soluzione di un caso può essere raggiunta in modi diversi in base all'esperienza professionale e, quindi, documentare e confrontarsi è sempre un'esperienza che apre nuovi orizzonti. In questo, il gruppo editoriale *Griffin* ha compiuto un passo importante.

Quale il valore aggiunto di questo metodo di lavoro?

La documentazione è sempre fondamentale per il professionista in quanto cattura un "attimo irripetibile" e pur richiedendo, come tante altre attività, la risorsa "tempo", l'investimento risulta sempre vincente.

I mezzi a disposizione per catturare e gestire le immagini sono attualmente tanto evoluti da permettere ottimi risultati sia per chi si affaccia alla professione che per i già esperti.

In Italia la navigazione del web per temi riguardanti la salute avviene perlopiù da parte dei pazienti. Crede che l'iniziativa di Dental Academy possa aprire lo spazio al confronto tra colleghi? Se sì, in che modo?

In questi ultimi dieci anni lo sviluppo della rete è stato esponenziale diffondendo una nuova cultura dell'informazione proprio ai pazienti che oggi vengono nei nostri studi molto più preparati che in passato, costringendoci a volte ad approfondimenti tecnici non proprio semplici, ma ben venga il confronto.

Per quanto riguarda i colleghi credo molto in questo tipo di comunicazione perché, pur senza il contatto diretto, non sempre possibile, semplifica il passaggio di personali esperienze cliniche. Il "volano" potrebbe essere rappresentato dalla matematica: più colleghi aderiranno e maggiori saranno gli scambi, soprattutto tra i giovani, incentivandoli al confronto senza temere la critica dell'esperto.

Quale pensa possa essere il futuro delle pubblicazioni scientifiche?

Tutti noi ci siamo accorti che la diffusione del cartaceo è certamente cambiata negli ultimi anni, pensiamo ad esempio a una comune cartolina di un tempo che oggi riceviamo in formato "virtuale", così come alle lettere scritte a mano ora in gran parte sostituite dalle e-mail.

In questa ottica credo proprio che il futuro sia rappresentato da una società che comunicherà molto via tablet, con un sottile amaro in bocca da vecchio nostalgico della carta.

I nuovi media avranno un ruolo centrale ?

Allacciandomi a quanto precedentemente accennato, il futuro è proprio dei "nuovi media di comunicazione globale" per diffusione, capillarità e, oggi, anche per facilità di consultazione per tutti.

I pazienti apprezzano il fatto che il loro odontoiatra sia una persona aggiornata e attenta alle evoluzioni della professione?

La nostra realtà di provincia ci permette un rapporto particolare con tutti i nostri pazienti, che vengono informati e resi "complici" sia delle terapie che della documentazioni del loro caso clinico "prima" e "dopo", apprendendo così di far parte di un archivio clinico.

Certamente possiamo affermare che il coinvolgimento alla costruzione della documentazione del suo caso, rinforza nel paziente il sentimento di cura del dettaglio e quindi anche la percezione di qualità.

Ha ricevuto riscontri per la sua partecipazione online?

Qualche collega "attivista della rete", navigando tra i vari siti, ha potuto visionare i nostri casi clinici, con motivo di spunto per uno scambio di opinioni che, anche se non sempre convergenti, rappresenta la vera chiave della crescita professionale.

Infatti, tutti noi che abbiamo superato gli "anta", sappiamo che spesso è riduttivo ostinarci su una sola soluzione, più frecce si hanno nel proprio arco, più soluzioni si possono trovare per accontentare il proprio paziente, che resta il vero elemento fondamentale.

Silvia Zanfrini

Odontoiatri in banca a prelevare tessuti

Scopi e attività delle banche dei tessuti: realtà sempre più importanti in ambito sanitario, sono in crescita per numero e volumi di distribuzione. E iniziano a usarle anche gli odontoiatri nei loro studi privati

Servizio di Renato Torlaschi

«La nostra missione consiste nel migliorare la qualità della vita nelle persone che necessitano di tessuti omologhi». È questa la dichiarata ragion d'essere della Banca dei tessuti di Treviso, una delle prime in Italia deputata al prelievo, lavorazione, conservazione, stoccaggio e distribuzione di tessuti omologhi. I buoni risultati clinici ottenuti nei pazienti hanno portato i chirurghi a utilizzare sempre più spesso tessuto omologo. Nel corso degli anni, le normative italiane ed europee sono diventate più rigorose in tema di sicurezza e tracciabilità, pertanto i chirurghi si sono sempre più affidati al servizio garantito da una banca pubblica.
Alla banca ne sono orgogliosi: come ci spiega il direttore, il dottor Adolfo Paolin, «lo stretto rapporto che si è stabilito negli anni tra la banca e gli utilizzatori ha permesso di rispondere in maniera puntuale ai loro bisogni, effettuando prelievi e lavorazione dei tessuti secondo specifiche richieste».
In queste banche i tessuti muscolo-scheletrici vengono lavorati e trasformati in forma liofilizzata con metodologie che applicano sistemi di inattivazione virale e sterilizzazione terminale. Dalla processazione dei tessuti muscolo scheletrici si ottengono dunque presidi liofilizzati avanzati nel pieno rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle normative vigenti. La conservazione delle proprietà meccaniche e biologiche è stata verificata durante la convalida di tutto il processo.
A Treviso, in tema di sicurezza sono estremamente rigorosi: «La processazione con alta tecnologia ha permesso di soddisfare un ventaglio sempre più ampio di esigenze terapeutiche, offrendo il tessuto necessario in forma facilmente fruibile, con la garanzia della massima sicurezza: i criteri di selezione dei donatori della Banca seguono le più rigide normative di sicurezza e qualità e sono tra i più restrittivi in ambito nazionale e internazionale».
Tra gli utilizzatori dei tessuti della Banca di Treviso ci sono anche gli odontoiatri. Abbiamo voluto sentire la loro esperienza diretta.

BANCHE CERTIFICATE DI CONSERVAZIONE DEL TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO IN ITALIA

(Fonte: Centro Nazionale Trapianti, novembre 2010)

Città	Denominazione	Responsabile	Centro di riferimento e indirizzo
Bologna	Banca del tessuto muscoloscheletrico	Piermaria Fornasari	Istituto Ortopedico Rizzoli Via Pupilli 1 - 40135 Bologna
Firenze	Banca dei tessuti e cellule Regione Toscana – Centro conservazione tessuto osseo	Iris Mancini Rodolfo Capanna	Azienda Ospedaliera Careggi Piastra dei servizi Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Milano	Banca regionale del tessuto muscolo-scheletrico	Maristella Faré	Istituto Ortopedico G. Pini Piazza Cardinal Ferrari 1- 20100 Milano
Torino	Banca dei tessuti muscolo-scheletrici Regione Piemonte	Anna Maria Biondi	Via Zuretti 29 - 10126 Torino
Treviso	Banca tessuti di Treviso	Adolfo Paolin	AO Ca' Foncello Piazza Ospedale 1 - 31100 Treviso
Verona	Banca tessuti di Verona	Giuseppe Aprili	Ospedale Civile Maggiore Piazzale Stefan, 1 - 37126 Verona

La certificazione si riferisce alle seguenti attività: raccolta di tessuto muscoloscheletrico (donatore cadavere e vivente); processazione e deposito di tessuto muscolo scheletrico; distribuzione di tessuto muscolo scheletrico.

I donatori di tessuti omologhi si suddividono in tre classi principali: donatori multitessuto a cuore battente, la cui morte è stata accertata con criteri neurologici, senza arresto cardiaco; donatori multitessuto a cuore fermo, con arresto cardiaco; donatori viventi.

L'odontoiatra utilizzatore/1

› *Il dottor Vanni Nappari opera nel suo studio privato a Saonara, in provincia di Padova*

Dottor Nappari, perché ha scelto di usare il tessuto omologo?
Circa cinque anni fa, dopo un congruo periodo di utilizzo esclusivamente ospedaliero, la Banca dei tessuti di Treviso ha iniziato a rendere disponibili diverse tipologie di tessuti omologhi anche per utilizzatori non istituzionali, dotati delle opportune competenze professionali; per il settore odontoiatrico in particolare, parliamo di tessuto osseo omologo fresco o liofilizzato preparato in blocchi (di vario tipo per forma, dimensione e sede di prelievo) o particolato.
Occupandomi da circa vent'anni di chirurgia rigenerativa e ricostruttiva in ambito odontoiatrico, conoscendo quindi molto bene tutti i risvolti positivi e negativi delle varie tecniche utilizzate per aumentare i volumi ossei disponibili, ho colto questa opportunità come una vera e propria rivoluzione. Era finalmente disponibile in ambito libero-professionale un materiale biologicamente forse secondo solo all'osso autologo, ma con innumerevoli altri aspetti positivi.

A quali caratteristiche si riferisce?
Anzitutto la sicurezza dei tessuti, considerazione prioritaria su tutte le altre, che è garantita dai rigorosi protocolli seguiti dalla Banca dei tessuti Treviso, che è un ente istituzionale e non un'azienda privata. Vi è poi la considerazione per cui il comportamento clinico nel tempo è sovrapponibile all'osso autologo.
La quantità e la qualità di tessuto disponibile non è più limitata da quanto si può prelevare da sedi intra o extra orali del paziente; la morbilità post operatoria è quindi limitata solo alla zona ricevente l'innesto. Le possibili complicanze intra o post operatorie sono legate solo alla procedura di innesto e non a quella di prelievo autologo. Infine si possono eseguire anche grosse ricostruzioni ossee senza dover ricorrere all'ospedalizzazione del paziente.

Come si è trovato?
Occupandomi soprattutto di grosse ricostruzioni, avere a disposizione osso omologo fresco in blocchi di buona dimensione e qualità ha senza dubbio significato una notevole semplificazione data dall'eliminazione delle procedure di prelievo; questo aspetto viene colto in modo molto positivo dai pazienti candidati a tali procedure chirurgiche.
Un plauso particolare va fatto all'équipe della Banca di Treviso, la cui organizzazione e disponibilità si estrinseca in un servizio verso il medico utilizzatore, e di riflesso verso il paziente, di qualità elevatissima.

Quali tipi di pazienti ha trattato con tessuto omologo e quali richieste le hanno rivolto?
Premessa l'esclusione di coloro che presentino le classiche controindicazioni locali o generali alle procedure in oggetto, tipiche anche di altri atti di chirurgia ossea, il paziente candidato a ricevere un innesto di osso omologo è una persona che ha scelto di riabilitare il suo cavo orale, o parte di esso, con soluzioni implanto-protesiche la cui realizzazione non sia attuabile senza l'ausilio di tecniche per aumenti importanti dei volumi ossei di sostegno altrimenti insufficienti.
Di solito nel dare le informazioni al paziente prevengo molte domande cercando di essere il più esaustivo possibile sia per quanto riguarda gli aspetti legati all'atto chirurgico - descrizione della tecnica, alternative, effetti collaterali, possibili complicanze, linee guida da osservare nel post operatorio, tempi di recupero - sia informazioni specifiche sul tessuto e in particolare sulla sua provenienza, la sua sicurezza, la non utilizzazione di farmaci anti rigetto e così via.
Ottimo è inoltre il servizio di informazione messo a disposizione del pubblico dalla Banca di Treviso mediante il sito internet e per mezzo di operatori telefonici sempre molto cortesi e disponibili.
Ho notato che praticamente tutti i pazienti, se informati in modo completo e onesto, mettono da parte quelle remore, quei preconcetti legati al fatto di ricevere tessuti altrui e accettano di buon grado le procedure proposte.

L'odontoiatra utilizzatore/2

› *Il dottor Roberto Saccon opera nel suo studio privato a Cavalese, in provincia di Trento*

Dottor Saccon, perché ha scelto di usare il tessuto omologo?
La mia scelta è ricaduta sul tessuto omologo liofilizzato in relazione all'esigenza del paziente, che si rivolge a uno studio privato, di essere sottoposto a interventi il meno invasivi possibile e a bassa morbilità.
L'utilizzo di tessuto autologo, per una serie di motivi facilmente intuibili ma talvolta discutibili, costituisce ancora il cosiddetto "gold standard" della rigenerativa, ma spesso a livello operativo la sua raccolta espone il paziente a un maggior numero di rischi e a degli esiti collaterali talvolta sgradevoli, vedi ad esempio parestesie nel *chin graft*.
L'utilizzo dei tessuti eterologhi ha portato, nella mia esperienza personale, a delle reazioni antigeniche da corpo estraneo che esitavano in buone volumetrie di tessuto che però non poteva, nemmeno clinicamente, considerarsi osso rigenerato. Per quanto riguarda i tessuti alloplastici di sintesi, la loro troppo bassa o troppo elevata riassorbibilità, che spesso esita in un tessuto che non è osso, mi ha portato a non utilizzarli più.
Ciò mi ha fatto valutare il tessuto omologo che per affinità biologica è il più vicino a quello autologo. Per noi clinici è difficile valutare la presenza di una vera e propria osteoinduttività di ciò che stiamo usando, sia esso tessuto omo-etero o addirittura autologo; ciò che noi possiamo valutare è il risultato clinico che sembra comunque essere soddisfacente anche con l'osso omologo, senza avere il discomfort e i rischi dell'uso di quello autologo. È da considerare inoltre il maggior rischio di contaminazione dell'innesto se si usa tessuto autologo, cosa questa che sembra abbastanza verosimile nella raccolta di particolato osseo nel mascellare inferiore.
Direi che a tutt'oggi la partita si gioca fra tessuto omologo e autologo, con gli svantaggi e i vantaggi di ognuno. L'attività privata in uno studio di dimensioni piccolo-medie spesso cozza contro l'esecuzione di interventi invasivi - che peraltro in attività ospedaliera non sarebbero considerati tali - come quelli che prevedono il prelievo di osso autologo; questo è sicuramente il punto di forza dell'utilizzo dell'osso omologo in odontoiatria.

Come si è trovato?
La mia esperienza con l'osso omologo liofilizzato si può dire tutto sommato positiva, va detto comunque che essa a tutt'oggi si limita al particolato osseo e non ai blocchi. La facilità operativa, la quantità virtualmente illimitata, il buon esito clinico dell'integrazione dell'innesto omologo, la bassa morbilità degli interventi, sono elementi che ne fanno un buon ausilio per gli odontoiatri che si interessano di rigenerativa ossea.

Quali tipi di pazienti ha trattato con tessuto omologo e quali richieste le hanno rivolto?
Gli interventi dove utilizzo l'osso omologo sono i rialzi del seno mascellare per via laterale o crestale, gli aumenti di cresta orizzontali e verticali, la *socket preservation*, il riempimento alveolare negli impianti postestrattivi là dove il gap lo richieda o lo richiedano le esigenze estetiche. Per cui si può dire che il 90% dei pazienti che hanno bisogno di una ricostruzione ossea preimplantare possano essere dei candidati a ricevere osso omologo.
I pazienti in genere sono preoccupati circa la trasmissibilità di malattie infettive, ma una volta informati circa i processi di lavorazione del tessuto e la selezione a monte del donatore, lo accettano di buon grado di fronte all'alternativa del prelievo autologo che incute comunque un po' di timore.

L'odontoiatra utilizzatore/3

› *Il dottor Antonio Maria Miotti è direttore della struttura operativa complessa di chirurgia maxillo-facciale presso il Centro di riferimento per la diagnosi e il trattamento delle malocclusioni su base scheletrica, all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria S. Maria della Misericordia di Udine*

Dottor Miotti, ci racconti prima di tutto come ha iniziato a utilizzare il tessuto omologo.
La chirurgia ricostruttiva preimplantare dei mascellari è sempre stata un settore particolarmente seguito e sviluppato nella nostra struttura.
Questa attività prevedeva l'esclusivo impiego, almeno nelle grandi ricostruzioni, di osso autologo prelevato dalla mandibola o dalla cresta iliaca, con evidenti limiti posti dall'entità dei volumi ossei disponibili e dalla morbilità del sito donatore, tanto da ridurre le indicazioni operatorie nei soggetti anziani, con fattori di rischio sistemico, nei casi di ridotta compliance o nelle ricostruzioni volumetricamente maggiori.
Dal 2004 abbiamo quindi incominciato a usare osso omologo, il cui impiego in chirurgia maxillo-facciale era allora agli albori, mentre in altre branche chirurgiche come l'ortopedia costituiva ormai una prassi consolidata da decenni e validata da un gran numero di pubblicazioni presenti nella letteratura internazionale.
Inizialmente è stato impiegato osso omologo congelato, proveniente in maggior parte dalla cresta iliaca; successivamente è stato utilizzato anche osso liofilizzato, che presenta rispetto al precedente il vantaggio di poter essere conservato anche in caso di mancato utilizzo.

Qual è la sua valutazione dei risultati?
L'esperienza clinica è stata positiva: abbiamo esteso le indicazioni a un gran numero di pazienti che in precedenza non si sarebbero potuti trattare e i risultati delle ricostruzioni sembrano sovrapponibili a quelli ottenuti con l'impiego di osso autologo.
Anche dal punto di vista gestionale, la riduzione dell'ospedalizzazione e del numero di interventi effettuati in anestesia generale costituiscono indubbi vantaggi.
Naturalmente ci vorrà del tempo per valutare il successo della metodica, vale a dire dimostrare che la sopravvivenza implantare è paragonabile a quella nell'osso nativo. Ma i risultati sono incoraggianti, e sin d'ora possiamo definirli eccellenti per quel che riguarda le complicanze postoperatorie precoci e tardive.

Biomatch Oral, una rivista per i biomateriali

Dopo la due giorni reatina di confronto scientifico, Biomatch Oral, società scientifica che si occupa dello studio sui moderni biomateriali, presenta il proprio house organ informativo

Francesco Riva

Il primo congresso internazionale di Biomatch Oral dal titolo «L'innovazione tecnologica nelle bio e nanotecnologie in odontoiatria: il ruolo di un parco scientifico e tecnologico», di recente tenutosi a Rieti, ha sancito l'ennesimo successo del gruppo italiano di studio sui biomateriali in chirurgia e medicina rigenerativa, a conferma dell'autorevolezza dei temi trattati. E l'omonima rivista che sta per essere presentata, organo ufficiale di informazione scientifica di Biomatch Oral, testimonia la rilevanza degli obiettivi che si prefigge la società scientifica.
Italian Dental Journal ha parlato di tutto questo con il presidente di Biomatch Oral, il dottor Francesco Riva, direttore dell'unità operativa complessa di chirurgia odontostomatologica presso l'ospedale odontoiatrico George Eastman di Roma.

Dottor Riva, il congresso Biomatch Oral ha confermato lo straordinario e crescente interesse che sta riguardando il settore dei biomateriali. Senza ombra di dubbio sarà soddisfatto dell'esito congressuale.
Il Congresso ha riscosso un grande successo sia in termini di partecipazione che di effetto mediatico.
Infatti, nelle due giornate di Rieti abbiamo registrato la presenza di oltre 500 partecipanti, e ciò non può che contribuire a fortificare la consapevolezza di aver intrapreso un cammino proficuo nel campo dell'innovazione scientifico-tecnologica e nell'utilizzo di presidi all'avanguardia, capaci di semplificare e perfezionare le attuali modalità di intervento in ambito odontoiatrico e non solo.

Diverse e di alta caratura le personalità che l'hanno supportata nell'organizzazione del congresso.
La peculiarità di questo congresso è rappresentata dal fatto che i soggetti organizzatori non sono solo medici e odontoiatri.
Nel caso specifico abbiamo avuto il sostegno del dottor **Vincenzo Regnini**, presidente della Camera di Commercio di Rieti, e del dottor **Alessandro Rinaldi**, presidente della Cassa di Risparmio di Rieti. Tutto questo testimonia un interesse e un'attenzione sempre più crescenti verso il mondo odontoiatrico, che è costituito da professionisti che investono nella loro attività una consistente quota dei loro guadagni professionali.
Inoltre, la presenza del professor **Silvio Gherardi**, presidente e amministratore delegato di Baxter Italia, rappresenta il coronamento di un progetto industriale di ampio respiro nel campo odontoiatrico; una multinazionale, Baxter per l'appunto, che ha intrapreso un percorso altamente proficuo nel nostro settore non può che nobilitare il mondo odontoiatrico stesso come parte attiva di un processo produttivo.

Si è trattato di un evento scientifico articolato e pluridisciplinare, particolarmente apprezzato dalla platea presente.
La presenza di scienziati nel campo della medicina rigenerativa ha dato una sterzata culturale a un mondo in cui si parla troppo spesso di qualcosa che non si conosce, un mondo in cui si inventano dei risultati non supportati da evidenze scientifiche.
L'obiettivo del confronto scientifico è stato quello di far conoscere lo stato attuale dei presidi e dei farmaci che sfruttano componenti biotecnologiche e che hanno ampie possibilità di impiego in ambito medico-chirurgico. Nel campo odontoiatrico, i nuovi biomateriali hanno ampliato sensibilmente le possibilità di intervento, modificando le procedure e semplificando i procedimenti chirurgici.
La partecipazione del dottor **Nicola Trevisan**, amministratore delegato di Veneto Nanotech SpA, è stata in grado di creare un movimento di interesse che darà i suoi frutti grazie alle virtuose sinergie che si stanno instaurando tra il mondo produttivo, il mondo della ricerca e quello dell'applicazione.

A proposito di biomateriali in odontoiatria, dal suo osservatorio privilegiato di direttore di un'unità operativa ospedaliera, ci dica perché consiglia ai suoi colleghi odontoiatri di sfruttare le potenzialità offerte dai biomateriali. Quali vantaggi concreti possono derivarne dall'utilizzo?
Il vantaggio per tutti gli odontoiatri è oggettivo e di grande utilità pratica.
La possibilità di poter utilizzare dei biomateriali innovativi e certificati dal loro impiego nel campo della chirurgia maggiore (spinale e ortopedica) permette al clinico odontoiatra di effettuare in prima persona, e ambulatorialmente, tutti quegli interventi che prima venivano delegati ai chirurghi, con la necessità del ricovero ospedaliero e con tutta quella serie di implicazioni, anche economiche, che ciò comportava.

Biomatch Oral, con l'obiettivo di contribuire a una sempre maggiore conoscenza e diffusione di informazioni sul tema dei biomateriali, sta per lanciare la sua rivista ufficiale. Ci parli dell'iniziativa.
L'idea di creare la rivista ufficiale Biomatch Oral, house organ della Società scientifica da me presieduta e da cui prende il nome, nasce da un'interessante e promettente sinergia con *Italian Dental Journal*, la rivista che rappresenta in questo momento in Italia il gold standard dell'informazione odontoiatrica.
La fattiva collaborazione, poi, del direttore **Paolo Pegoraro** ci permetterà non solo di acquisire importanti conoscenze nel mondo dell'informazione, ma anche di raggiungere quegli obiettivi divulgativi che ci siamo prefissati.
Il comitato scientifico della rivista include autorevoli professionisti, quali il professor **Giuseppe Ferronato**, presidente della Società italiana di chirurgia maxillo-facciale, il professor **Alessandro Martini**, direttore della cattedra di otorinolarigoiatria dell'Università di Padova, il professor **Gaetano Paludetti**, direttore della clinica di otorinolaringoiatria del Policlinico Agostino Gemelli di Roma, il professor **Vittorio Colizzi**, docente di immunologia presso l'Università Tor Vergata di Roma, il dottor **Nicola Trevisan** e il professor **Silvio Gherardi**. Questo elenco di illustri professionisti, che condividono la nostra mission, ci consentirà di realizzare una rivista supportata da un mondo scientifico che include, altresì, specialità affini alla nostra realtà odontoiatrica, e questo ci permetterà di ampliare i nostri orizzonti divulgativi.
La rivista Biomatch Oral si prefigge non solo di aggiornare a 360 gradi e in maniera efficace la categoria odontoiatrica in tema di biomateriali, ma andrà a trattare e ad analizzare i risultati clinici ottenuti attraverso l'impiego dei biomateriali, e si porrà come obiettivo quello di creare una rete attiva con tutti quei colleghi interessati a questi presidi innovativi e che desiderano apportare il proprio contributo al tema. Rigore scientifico, obiettività divulgativa e utilità pratica saranno i punti fermi del nostro impegno e dai quali non ci discosteremo mai, nell'esclusivo interesse dei professionisti che, consultando Biomatch Oral, potranno arricchire le proprie conoscenze medico-scientifiche.

Attraverso la rivista sarà possibile comunicare anche gli importanti risultati ottenuti grazie all'impiego dei moderni biomateriali.
L'odontoiatria non è solo privata e attraverso la rivista comunicheremo anche i risultati che si sono raggiunti in ambito pubblico, dove le eccellenze, nonostante le difficoltà, esistono. A cominciare dal fatto che proprio l'utilizzo di questi farmaci innovativi ci ha permesso di avviare, nella divisione di chirurgia odontostomatologica da me diretta presso l'Ospedale George Eastman di Roma, un'attività dedicata ai pazienti emofilici con patologie dentarie. Questi pazienti vengono trattati con un sistema ambulatoriale complesso e non necessitano di ricovero.
La finalità della rivista è, perciò, quella di estendere anche ai colleghi privati le conoscenze in questo specifico campo. Gli odontoiatri, infatti, grazie ai nuovi biomateriali, hanno la possibilità di effettuare interventi ambulatoriali su pazienti affetti da patologie della coagulazione, i quali, in sinergia con i centri ematologici, possono essere trattati con la massima tranquillità in uno studio odontoiatrico che abbia intrapreso un percorso di eccellenza.

Vuole dare un appuntamento ai lettori interessati a Biomatch Oral?
Il primo numero di Biomatch Oral uscirà in occasione dell'Expodental di ottobre a Roma. Abbiamo come obiettivo quello di creare, attraverso la rivista, una rete attiva con tutti quei colleghi interessati ai biomateriali e che desiderano apportare il proprio contributo al tema. Non posso quindi che invitare tutti i lettori di *Italian Dental Journal* a interagire con noi attraverso il sito *www.biomatchoral.it*

M. V.

LA RIVISTA BIOMATCH ORAL

Grazie alle biotecnologie la terapia medica ha già potuto beneficiare di progressi notevoli sia a livello di prevenzione – grazie alla possibilità di diagnosticare le malattie su base genotipica e all'identificazione del maggior rischio in presenza di geni di suscettibilità – sia a livello di terapie personalizzate, ovvero le più idonee per lo specifico problema di salute in un determinato paziente.

Gli impieghi dei biomateriali, poi, sono tra i più disparati e oggetto di costante ricerca per migliorarne le prestazioni. Le applicazioni sono cresciute in maniera esponenziale e grazie alle innovazioni realizzate, la sopravvivenza o la restituzione di funzionalità di parti compromesse dell'organismo sono assicurate a un numero sempre maggiore di pazienti.

Il contributo degli odontoiatri è essenziale nella messa a punto dei biomateriali, in particolare dei sostituti d'osso, perché la loro peculiarità di lavorare in aree concentrate, molto esposte e sensibili per i pazienti, quali quelle maxillo-facciali, induce sperimentazioni e feedback ben precisi sulle opportunità offerte da materiali e tecniche innovative.

Nonostante ciò, ancor oggi molti odontoiatri hanno profondamente bisogno di essere aggiornati su questi temi, che hanno trascurato a favore di una pratica clinica quotidiana routinaria. Eppure i nuovi dispositivi agiscono proprio nella risoluzione delle diverse problematiche in cui si può incorrere sul riunito del dentista: dall'aiuto nel favorire l'emostasi - fondamentale per i pazienti con difetti della coagulazione - alla rigenerazione tissutale, dalla riduzione delle infezioni nei siti chirurgici alla rigenerazione ossea.

Ai fini della diffusione di questo *know how*, alcuni anni fa si è costituito Biomatch Oral, il primo gruppo italiano per lo studio e lo sviluppo dei biomateriali in chirurgia odontostomatologica: grazie al contributo di tutte le figure professionali che utilizzano biomateriali, il gruppo persegue obiettivi quali la razionalizzazione nell'uso dei materiali, la ricerca e l'applicazione di nuove e avanzate conoscenze, la riduzione del costo dei nuovi materiali grazie all'ottimizzazione delle scelte nelle varie discipline.

Oggi la Società scientifica presieduta dal dottor Francesco Riva si è dotata – grazie al contributo lungimirante di Baxter, azienda leader nel mondo per la produzione di medicinali ottenuti tramite biotecnologia, di farmaci e di dispositivi medici – di un proprio organo di stampa: con queste premesse nasce infatti la Rivista Biomatch Oral, presentata in occasione dell'International Expodental 2011. La Rivista nasce con l'ambizione di crescere presto e di diffondere novità dalla ricerca e dall'applicazione pratica dei biomateriali, aprendosi a quanti hanno contributi da portare in proposito.

Paolo Pegoraro

Igiene delle mani per prevenire le infezioni

Una procedura talmente scontata da non meritare menzione? Tutt'altro, e scende in campo persino l'Oms. La situazione nelle strutture ospedaliere, infatti, è al livello di guardia

Il problema delle infezioni ospedaliere è certamente di quelli da non trascurare e purtroppo ancora lontano dall'essere risolto.

Si stima che ogni anno in Italia si verifichino nelle strutture sanitarie circa 450-700 mila infezioni, soprattutto infezioni urinarie, infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi. Nell'1% dei casi si stima che queste infezioni siano la causa diretta del decesso del paziente. Secondo il ministero della Salute, il 30% delle infezioni ospedaliere è potenzialmente evitabile con l'adozione di misure preventive efficaci.

In questo ambito, la singola e semplice azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Per questo motivo hanno suscitato notevole interesse le nuove linee guida per l'igiene delle mani promosse dall'Organizzazione mondiale della sanità. Se adeguatamente implementate nei reparti ospedalieri, queste linee guida potrebbero aumentare la sicurezza dei pazienti, diminuire i casi di infezioni legate all'assistenza sanitaria, evitare un prolungamento dell'ospedalizzazione, un incremento della disabilità e dei costi per le famiglie e la sanità, e impedire alcuni decessi.

Questo è vero per una varietà di strutture sanitarie, tra cui gli ambulatori, le case di cura e i reparti ospedalieri.

L'indagine Oms in Italia

Da alcuni anni l'Oms ha lanciato l'iniziativa «clean care is safer care», che significa cure pulite sono cure più sicure, e l'Italia è stato scelto come Paese pilota dell'area europea per sperimentare l'implementazione delle linee guida.

Il pacchetto di prevenzione definiva la disponibilità nei centri di soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani; la formazione del personale di reparto; la distribuzione di materiale illustrativo; il coinvolgimento della direzione per creare un clima favorevole alla sicurezza.

Nel 2010 è stato pubblicato il rapporto della sperimentazione italiana. I risultati della campagna sono stati positivi: l'adesione del personale sanitario è infatti passata dal 42% al 64%. In altre parole, se prima della campagna veniva eseguita l'igiene delle mani, con lavaggio o uso di un prodotto a base alcolica, in 42 casi su 100 opportunità, in seguito si è passati a 64 opportunità su 100.

Attualmente però l'igiene delle mani non è una pratica così diffusa come sarebbe auspicabile. Secondo i dati del rapporto Oms, viene praticata prima del contatto con il paziente nel 35,6% dei casi; prima di una manovra asettica nel 46,8%; dopo il contatto con un fluido nel 60% dei casi; dopo il contatto con il paziente nel 48,4%; dopo il contatto con l'ambiente nel 31,9%.

L'aderenza alla prevenzione varia a seconda della struttura sanitaria considerata: è risultata minima in chirurgia, ostetricia e ginecologia (35,4%), superiore nei reparti di riabilitazione/lungodegenza (36,2%), in quelli di medicina (45,0%), di terapia intensiva (45,5%), di pediatria (48,7%) e nelle altre strutture come ambulatori/day hospital e pronto soccorso (59,3%).

Riguardo alle figure professionali, gli infermieri hanno fatto registrare l'aderenza più alta prima della campagna (45,6%), seguiti da medici (38,4%), operatori di supporto all'assistenza (35,5%) e altro personale, come tecnici, terapisti, ostetriche (28,0%).

In generale, malgrado l'attenzione delle aziende ospedaliere al tema delle infezioni correlate all'assistenza, le conoscenze degli operatori sono risultate carenti. Secondo il rapporto «una proporzione elevata di operatori riportava l'ambiente come la fonte più frequente di microrganismi responsabili delle infezioni correlate all'assistenza (e non il paziente); analogamente, meno della metà degli operatori indicava correttamente come 20 secondi il tempo minimo necessario per una efficace igiene delle mani con prodotti a base alcolica».

Le problematiche da superare

La campagna, che è durata più di un anno, ha avuto una partecipazione molto ampia: 15 tra Regioni e province autonome, 127 aziende sanitarie, 175 ospedali e 285 unità operative, per un totale di più di novemila operatori coinvolti.

Le attività svolte sono state l'analisi della struttura prima e dopo la fase di implementazione delle linee guida; l'acquisizione di soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani, disponibili come flacone tascabile, flacone a carrello, flacone al letto, dispenser a muro; la formazione e addestramento degli osservatori e del personale di reparto; la distribuzione di poster, opuscoli e reminder; l'osservazione dell'adesione all'igiene delle mani prima e dopo l'intervento; la distribuzione di un questionario sulle conoscenze e percezioni del personale prima e dopo l'intervento.

Nel complesso, alla fine della sperimentazione, l'igiene delle mani è migliorata.

Sono emerse però anche alcune criticità, tra cui l'impegno richiesto per l'implementazione della sperimentazione, la difficoltà nell'introduzione dei nuovi concetti proposti nelle linee guida Oms e nello sfatare le false convinzioni degli operatori.

Inoltre, l'elevato turnover degli operatori sanitari in alcune realtà aziendali ha richiesto un ulteriore sforzo formativo. In altri casi il costo dei prodotti a base alcolica è stato un ostacolo all'implementazione delle linee guida, e così pure i frequenti cambi di prodotto sulla base dei diversi appalti con le ditte.

Infine, conclude il rapporto «uno degli aspetti emersi come problematici è quello della scarsa integrazione in alcune aziende dei servizi che si occupano di rischio clinico e di quelli che si occupano di rischio infettivo: è stata proposta l'integrazione tra di essi».

Claudia Grisanti

Ministero della Salute

I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI

ccm Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE

2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA

3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO

4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE

5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE

› *Poster con le raccomandazioni Oms realizzato dal ministero della Salute*

IGIENE DELLE MANI, UNA PRATICA TROPPO SPESSO TRASCURATA

Anche nelle strutture sanitarie di lunga degenza si dovrebbero implementare le raccomandazioni Oms per l'igiene delle mani. È quanto affermano Angelo Pan e colleghi sull'*American Journal of Infection Control,* sostenendo che questa pratica dovrebbe riguardare anche l'assistenza domiciliare e quella che si svolge in altre strutture sanitarie.

Gli autori partono dall'osservazione che in una struttura a lunga degenza l'aderenza all'igiene delle mani, in dettaglio il lavaggio, è del 17,5%, mentre l'uso dei guanti arriva al 47,5%. In questo studio non è stata trovata alcuna differenza di comportamento tra il personale sanitario. L'aderenza è risultata simile a quella di un reparto di riabilitazione ospedaliero, ma inferiore a quella di un reparto di malattie infettive.

Oltre a concludere che l'aderenza all'igiene delle mani è in media bassa, gli autori osservano anche che questa pratica è vista più come un metodo di protezione del personale sanitario che dei pazienti: è infatti più alta la frequenza con cui ci si lava le mani dopo il contatto con il paziente piuttosto che prima. L'uso dei guanti nelle strutture di lunga degenza è basso rispetto a quanto avviene in altri tipi di reparti e così pure il numero di lavandini, un fatto che fa supporre che l'uso di prodotti a base alcolica potrebbe rendere più facile l'adozione di misure preventive d'igiene.

C. G.

Pan A, Domenighini F, Signorini L, Assini R, Catenazzi P, Lorenzotti S, Patroni A, Carosi G, Guerrini G. Adherence to hand hygiene in an Italian long-term care facility. Am J Infect Control 2008 Sep;36(7):495-7.

EVIDENCE BASED MEDICINE

Endocardite infettiva: profilassi inutile?

Nel marzo 2008 il Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence), l'agenzia indipendente britannica che redige le linee guida per il sistema sanitario del Regno Unito, ha licenziato delle raccomandazioni sulla profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva che smentivano la prassi consolidata nel trattamento odontoiatrico dei pazienti a rischio di questa malattia (vedi *Italian Dental Journal* 2008; 4:9).

L'endocardite infettiva è una malattia caratterizzata da una elevata mortalità, spesso (e probabilmente in modo ingiustificato) associata a interventi odontoiatrici di natura invasiva. Su queste basi, da oltre cinquant'anni, diverse società scientifiche stilano e aggiornano linee guida sul comportamento da tenere in caso di trattamento odontoiatrico dei pazienti a rischio.

Nonostante le prove scientifiche a favore dell'efficacia della profilassi antibiotica fossero piuttosto deboli e l'ammissione che probabilmente i casi di endocardite infettiva evitati fossero "un numero estremamente piccolo", l'American Heart Association (Aha) e la British Society for Antimicrobial Chemotherapy (Bsac), le due società scientifiche più autorevoli in materia, non avevano mai messo in dubbio che somministrare un antibiotico a questi pazienti fosse una buona idea. Cosa fatta invece dal Nice che, sulla base di una approfondita analisi dei risultati della ricerca clinica, ha concluso che i rischi per il paziente e la comunità legati a una sistematica assunzione di antibiotici, superano i benefici in termini di prevenzione della malattia cardiaca, raccomandando quindi di cessare la somministrazione di amoxicillina o altri antibiotici prima di trattamenti odontoiatrici e di altre procedure invasive.

Serve una verifica sul campo

A distanza di tre anni e dopo non poche polemiche, siamo in grado di verificare se la scelta del Nice si sia rivelata corretta o scellerata. Ci ha pensato **Martin Thornill**, professore di medicina orale di Sheffield, realizzando una ricerca pubblicata qualche mese fa su *Bmj*.

Thornill e colleghi si sono procurati i dati riguardanti tutte le prescrizioni per profilassi antibiotica fatte tra il 2004 e il 2010, ovvero i quattro anni precedenti e i due successivi l'emanazione delle nuove linee guida del Nice. In Inghilterra infatti le ricette del sistema sanitario nazionale indicano con precisione la dose necessaria alla specifica indicazione e il paziente riceve la quantità esatta di farmaco che deve assumere, rendendo così possibile distinguere una ricetta per una profilassi (ad esempio 3g di amoxicillina in un'unica somministrazione) da una per un trattamento antibiotico (ad esempio 1g di amoxicillina ogni 12 ore per sei giorni).

Per conoscere invece l'incidenza dell'endocardite, i ricercatori hanno consultato i dati di tutti gli ospedali del Regno Unito, ottenendo informazioni sulla frequenza della malattia, la sua mortalità e sul numero di casi causati da microrganismi di probabile origine orale, quindi con maggiore possibilità di essere il risultato di interventi odontoiatrici.

Se è vero che una parte cospicua delle endocarditi infettive è causata da trattamenti odontoiatrici e che la somministrazione di 3g di amoxicillina è una profilassi efficace - hanno ragionato i ricercatori - al calo delle prescrizioni deve corrispondere un aumento significativo dei casi di endocardite, altrimenti una o entrambe queste premesse non sono vere.

Fig. 1: numero di prescrizioni (in migliaia) di amoxicillina per la profilassi dell'endocardite infettiva, prima e dopo la pubblicazione delle linee guida del Nice

Fig. 2: numero di casi di endocardite infettiva, prima e dopo la pubblicazione delle linee guida del Nice

I risultati

Come primo risultato i ricercatori hanno potuto constatare quanto i prescrittori inglesi in generale e gli odontoiatri in particolare, si attengano in maniera disciplinata alle raccomandazioni del Nice. Infatti nel giro di pochi mesi il numero di ricette per la profilassi antibiotica dell'endocardite è crollato, passando da una media mensile di quasi 11 mila (10.727) a poco più di duemila (2.292), con un calo pari al 78,6%, pressoché interamente ascrivibile alle mancate profilassi odontoiatriche (fig. 1).

Le endocarditi e i decessi ad esse legate sono invece aumentati. Grazie però alla lungimiranza dei ricercatori, che si sono preoccupati di raccogliere dati di incidenza relativi all'ultimo decennio, è stato possibile verificare che tale aumento non era legato al nuovo protocollo, ma ad un trend decennale che ha visto un modesto ma continuo incremento delle diagnosi di endocardite (fig. 2).

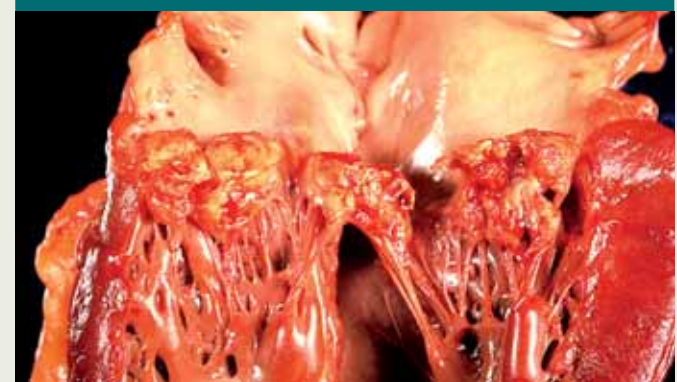
Il dubbio profilassi

Appare quindi chiaro che le convinzioni della professione sulla malattia vadano profondamente riviste.

COS'È L'ENDOCARDITE INFETTIVA?

L'endocardite infettiva è un'infezione microbica delle valvole cardiache e/o dell'endocardio che colpisce solitamente in prossimità di lesioni causate dalla violenta dinamica della circolazione sanguigna ed è caratterizzata da una mortalità elevata.

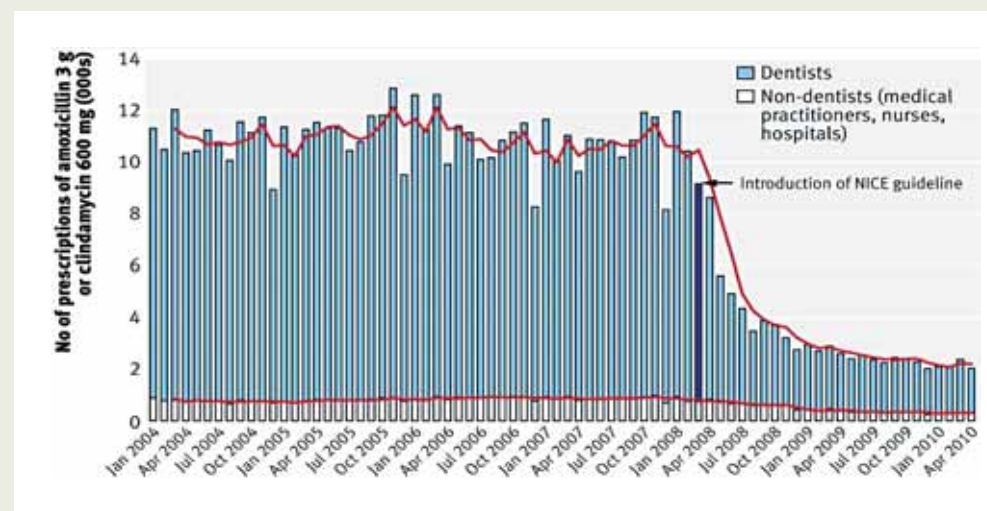
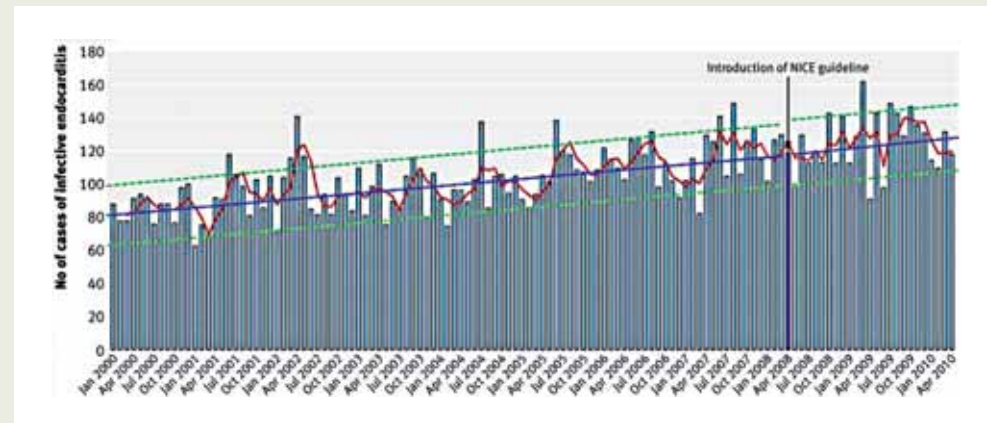
La dizione endocardite infettiva è preferibile a quella di endocardite batterica in quanto non sempre gli organismi che sono all'origine di questa condizione sono batteri.

Il primo evento nella patogenesi della endocardite batterica è la formazione di un danno endoteliale che può essere il risultato di una turbolenza emodinamica o di altri eventi traumatici o patologici. In corrispondenza del tessuto danneggiato si vengono a formare vegetazioni costituite da trombi piastrinici, di per sé sterili, ma che a causa della loro struttura e dei loro componenti (piatrine, fibrina, fibronectina), facilitano, in presenza di batteremia, l'adesione di batteri e quindi l'insorgenza dell'endocardite.

Perché una o entrambe le premesse citate qualche riga più sopra sembrano non essere valide. Possiamo cioè affermare che una dose di antibiotico prima di un evento capace di determinare batteremia non è in grado di prevenire l'infezione dell'endocardio, oppure che la grande maggioranza delle endocarditi sono provocate da batteremie che avvengono in situazioni imprevedibili e in cui non è possibile prescrivere la profilassi. E la letteratura nel suo insieme sembra suggerire il secondo come lo scenario più probabile.

In realtà l'utilità della profilassi prima di interventi odontoiatrici era già stata messa in discussione, in particolare da una revisione sistematica pubblicata sulla *Cochrane Library* che, oltre a sottolineare la mancanza di studi metodologicamente validi (trial randomizzati), non giuungeva ad alcuna conclusione per la limitatezza dei dati clinici disponibili.

Lo studio di Thornhill, come è normale, non è libero da limitazioni e punti deboli, tutti correttamente evidenziati dagli autori nella discussione dei risultati. Tra questi il disegno retrospettivo dello studio e i possibili errori dei dati su cui esso si basa (archivi degli ospedali e registri delle prescrizioni). Questi però non sono tali da rendere discutibili le conclusioni degli autori, ovvero che la somministrazione di antibiotici prima di interventi odontoiatrici non contribuisce a prevenire casi di endocardite infettiva (e quindi è inutile).

Cambiare le nostre convinzioni e i nostri comportamenti clinici, anche davanti a prove difficilmente confutabili, è molto faticoso. Ancora di più se questo comporta il confronto con pazienti e colleghi. È quindi prevedibile che ancora per molto si somministrerà amoxicillina ai pazienti a rischio di endocardite infettiva che devono subire un'estrazione dentaria, in particolare dove non esiste un'agenzia come il Nice e non si è bravi a fare le code.

Giovanni Lodi
Università di Milano

IMPLANTOLOGIA

Ridurre i tempi di guarigione degli impianti

Arriva dallo stesso Paese del più famoso tra i dentisti, quel Per-Ingvar Brånemark – che in realtà non era dentista ma chirurgo ortopedico – che è considerato il padre della moderna implantologia dentale. Si chiama Johanna Löberg, anche lei non è odontoiatra ma chimico e tuttavia promette di scrivere il suo nome nella disciplina dell'implantologia proponendo una tecnologia che dovrebbe migliorare i tempi di guarigione degli impianti. Ne dà l'annuncio attraverso un comunicato stampa dell'Università di Göteborg, dove Johanna lavora come ricercatrice presso il dipartimento di chimica.

«Aumentando la superficie attiva a livello nanometrico e modificando la conduttività dell'impianto – spiega la Löberg – saremo in grado di influenzarne le proprietà biomeccaniche e di velocizzare il processo di guarigione. Ovviamente il risultato sarà la riduzione del disagio per i pazienti e una migliore qualità di vita dopo l'intervento di implantologia».

È dunque la scienza dei materiali a determinare ancora una volta un'evoluzione in odontoiatria e in particolare la più recente e promettente svolta in questa disciplina, che prevede l'utilizzo di sostanze comuni che però, a dimensioni nanometriche, assumono proprietà fisiche diverse e sorprendenti. Già utilizzate in conservativa, dove permettono di conferire durezza e resistenza ai carichi masticatori, le nanotecnologie approdano dunque anche in implantologia.

Del resto anche le innovazioni introdotte da Brånemark diversi decenni orsono facevano affidamento sulle proprietà allora inedite di certi materiali; in particolare introdusse l'utilizzo del titanio, che può essere impiantato nell'osso senza innescare fenomeni di rigetto. Il titanio forma sulla sua superficie un sottile strato di ossido, le cui caratteristiche determinano la capacità dell'impianto di fondersi con l'osso – il ben noto fenomeno dell'osteointegrazione.

Divenne subito chiaro che una superficie ruvida riusciva meglio di una liscia a produrre osteointegrazione e gli impianti odierni sono caratterizzati da diversi gradi di ruvidezza studiati per facilitare la formazione di nuovo tessuto osseo. Johanna Löberg ha elaborato un metodo che descrive la topografia degli impianti dalla scala micrometrica (millesimi di millimetro) fino a quella nanometrica (milionesimi di millimetro) e permette di effettuare una stima teorica della capacità delle diverse superfici di ancorarsi all'osso. «Il metodo – spiega la ricercatrice svedese – può essere utilizzato nello sviluppo di nuovi impianti dentali per ottimizzare le proprietà di formazione ossea e di guarigione».

La topografia del materiale è dunque essenziale, ma non è l'unico elemento da considerare. La Löberg ha anche studiato la conduttività dell'ossido e ha verificato che valori un po' più alti comportano una migliore risposta cellulare e una deposizione più precoce dei minerali che sono importanti per la formazione dell'osso. Da qui l'idea di intervenire a livello nanometrico, realizzando una nanostruttura con una superficie attiva più ampia e con una conduttività più elevata.

Renato Torlaschi

Hansson S, Löberg J, Mattisson I, Ahlberg E. Global biomechanical model for dental implants. J Biomech 2011 Apr 7;44(6): 1059-65.

PREVENZIONE

Associazione tra fumo passivo e carie infantile?

Arriva dal Giappone l'ultima evidenza scientifica della pericolosità del fumo. Si tratta di una revisione scientifica diffusa attraverso le pagine dell'*International Journal of Environmental Research and Public Health* da parte di un gruppo di dentisti che operano in diversi centri giapponesi di prevenzione e di salute pubblica e che hanno esplorato la letteratura per cercare le prove della relazione tra il fumo passivo nei bambini e la carie dentale.

Sono stati individuati studi di alta qualità che hanno complessivamente confermato questa associazione statistica e gli autori hanno fatto uno sforzo per raccogliere le opinioni degli studiosi riguardo alle possibili spiegazioni.

L'approfondimento dell'associazione tra il fumo passivo e le carie dentali porta direttamente a evidenziare il ruolo delle diseguaglianze sociali. Già altri studi avevano mostrato che i difetti dello smalto risultano superiori nei soggetti appartenenti a classi socioeconomicamente svantaggiate. L'esposizione al fumo passivo è già stata evidenziata in misura maggiore in queste fasce di popolazione, potendo così essere considerata anche come indicatore di altre scelte poco salutari nella dieta e nelle pratiche di igiene dentale. Tuttavia, la correlazione tra fumo passivo e carie rimane anche dopo un aggiustamento per le variabili che indicano un basso stato sociale.

Gli studi epidemiologici presenti in letteratura propongono diversi pathway che possono fornire una spiegazione biologica: il fumo passivo può influenzare direttamente i denti e i microrganismi orali; l'esposizione al fumo durante il periodo di formazione può ostacolare una corretta mineralizzazione; il cadmio presente in ambienti chiusi si associa anche come variabile indipendente all'aumentato rischio di carie nei bambini; la colonizzazione dei batteri cariogenici può essere potenziata e produrre un indebolimento della risposta immunitaria. Si sono inoltre osservati ridotti livelli di vitamina C tra i fumatori e tra i bambini esposti al fumo e anche questo può comportare una crescita dello Streptococcus mutans.

Un ulteriore fattore che si aggiunge a quelli più noti è legato alle ghiandole salivari: si sa che la saliva esercita una funzione di tampone e riduce il numero di lactobacilli e streptococchi. I soggetti esposti al fumo mostrano tuttavia livelli inferiori di saliva, dovuti probabilmente a un funzionamento non ottimale delle ghiandole salivari. I problemi di mineralizzazione sarebbero da ascrivere alla medesima causa.

Alcuni studiosi evidenziano anche il fatto che il fumo può procurare congestioni nasali, l'inspirazione avviene di conseguenza attraverso la bocca che inala così direttamente il fumo senza esercitare alcuna funzione di filtro. I neonati possono inoltre esserne esposti attraverso l'allattamento al seno materno, mentre gli studi di una possibile influenza del fumo delle madri durante la gravidanza sono rimasti fuori da questa revisione sistematica, che comunque costituisce l'ennesimo atto d'accusa rispetto ai danni che il fumo esercita sulla salute.

Renato Torlaschi

Hanioka T, Ojima M, Tanaka K, Yamamoto M. Does secondhand smoke affect the development of dental caries in children? A systematic review. Int J Environ Res Public Health 2011 May;8(5):1503-19.

PREVENZIONE

Lo xilitolo per la remineralizzazione delle lesioni cariose

Da un punto di vista chimico lo xilitolo è un poliolo, composto il cui potere dolcificante appare molto simile a quello del saccarosio (il comune zucchero da cucina), pur possedendo il 40% in meno di calorie.

Lo xilitolo, estratto da fonti vegetali o prodotto industrialmente per sintesi, ha nel tempo guadagnato valore in campo alimentare proprio come sostituto del saccarosio, destando un certo interesse, a livello odontoiatrico, nella prevenzione dell'insorgenza delle lesioni cariose, non essendo metabolizzato dalla flora batterica, a differenza del saccarosio. Non solo. Studi *in vitro* e su animale hanno suggerito come lo xilitolo possa essere in grado di ridurre la crescita di S. mutans/sobrinus, principali responsabili dello sviluppo di carie, e di esercitare un'azione sinergica agli effetti antibatterici di fluoro e clorexidina.

Se, da un lato, queste proprietà possono essere legate ad un'azione diretta dello xilitolo, esistono anche effetti indiretti nella prevenzione delle lesioni cariose legati al suo consumo: anzitutto l'aumento del flusso salivare, associato al normale consumo di chewing gum e caramelle allo xilitolo, in virtù della capacità dilavante, tampone e protettiva della saliva; poi la rimozione dalla dieta di agenti inducenti la carie (come, appunto, il saccarosio).

Pur essendo noto come l'utilizzo di tale sostanza, negli alimenti e nei prodotti per l'igiene orale, riduca l'incidenza di carie (studi finlandesi), un po' meno nota è la sua capacità di remineralizzare le lesioni cariose.

Una recente revisione si è posta l'obiettivo di chiarirne le attuali evidenze. L'interazione tra xilitolo e calcio salivare rappresenta il meccanismo principale, legato alla capacità, comune a tutti i polioli, di formare complessi con diversi metalli, tra i quali calcio e fosfato (elementi cardine del processo di remineralizzazione), nonché di migliorarne la solubilità in ambiente acquoso, quale è la saliva, stabilizzando la soluzione salivare di calcio fosfato (base principale componente della porzione minerale dei tessuti duri del dente).

Studi clinici hanno infatti dimostrato come vi fossero più elevati livelli di calcio nella placca dentale dopo il consumo di xilitolo, senza tuttavia indurre la formazione di tartaro né dare origine a problemi parodontali. Al contrario, è stato riscontrato un minor livello di infiammazione gengivale, probabilmente dovuto a una riduzione nella quantità totale di placca e alla sua minor capacità adesiva sui tessuti dentali.

La revisione sull'argomento riassume i 27 studi presenti in letteratura su polioli e remineralizzazione delle lesioni cariose. La maggior parte di essi riguardano proprio lo xilitolo (25) e comprendono sia studi clinici (12), che hanno indagato il consumo di xilitolo sotto forma di alimento, chewing gum, caramella e collutorio, sia studi su animale (3) e *in vitro* (10).

Le evidenze disponibili sono pressoché concordi nel ritenere lo xilitolo in grado di ridurre le lesioni cariose iniziali, favorendone la remineralizzazione e impedendone la progressione a stati cariosi più gravi. Il processo appare "a lungo termine" (nell'ordine dei mesi), come supportato da due studi clinici (condotti in Finlandia e Honduras) che hanno evidenziato un miglioramento nel numero di elementi cariati nei soggetti che avevano fatto uso di chewing gum allo xilitolo, rispettivamente, per un periodo di un anno e di 16 mesi.

In conclusione, le carie dentali che insorgono come una minima demineralizzazione dello smalto, possono remineralizzarsi fisiologicamente (come nel caso delle *white spots*, aree di demineralizzazione reversibile, senza perdita di tessuto), grazie alla loro identificazione precoce, a corrette procedure di igiene orale e attenzioni dietetiche. Sebbene le evidenze siano ancora agli albori, l'utilizzo abituale dello xilitolo, secondo gli autori, parrebbe favorire in modo significativo questo processo, anche in caso, sembrerebbe, di lesioni cariose profonde (fin'anche coinvolgenti la dentina).

In generale suggerire prodotti per l'igiene orale o sostituti salivari a base di fluoro e xilitolo, in soggetti a maggior rischio di carie, con difficoltà motorie o quadri di iposalivazione, può essere preso in considerazione come adiuvante alle normali manovre meccaniche di igiene orale clinicamente efficaci.

Elena Varoni

Mäkinen KK. Sugar alcohols, caries incidence, and remineralization of caries lesions: a literature review. Int J Dent 2010;2010:981072.

IMPLANTOLOGIA

Tecnologie nanometriche nel futuro degli impianti

La necessità di un impianto dentale di soddisfare una gran quantità di requisiti di tipo fisico e biologico pone problematiche di grande complessità ai ricercatori che si occupano di scienza dei materiali.

Gli impianti metallici sono stati utilizzati con successo per decenni, ma presentano tutta una serie di inconvenienti che vanno dalla difficoltà di osteointegrazione alle proprietà meccaniche che non si adattano perfettamente a quelle dell'osso.

Si sta affermando sempre di più la convinzione che la nuova generazione di impianti sarà migliore e più economica di quelli attuali grazie alle nanotecnologie. I materiali più comuni, alla scala del milionesimo di millimetro, assumono proprietà inedite che solo da poco tempo sappiamo riconoscere e sfruttare.

Su *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* è comparso recentemente un ampio articolo preparato da un team multidisciplinare di ricercatori americani che, con chiarezza e sistematicità, delinea lo stato dell'arte della ricerca in questo settore, prende in considerazione i più recenti progressi nella fabbricazione di nuovi materiali da utilizzare in implantologia e si proietta in un futuro non lontano, descrivendo gli obiettivi che si stanno cercando di raggiungere nei laboratori di tutto il mondo.

«Potremmo iniziare – propongono gli autori – dal riconoscimento di quanto ancora non sappiamo e cercare di capire cosa ci serve per superare questo gap». Nello specifico, si tratta di scoprire le relazioni che collegano la composizione e l'architettura dei materiali a dimensioni micro e nanometriche con le proprietà meccaniche a livello macroscopico e con la capacità di favorire l'osteogenesi.

Le nuove conoscenze ci permetteranno di manipolare chimica e risposte cellulari a livello molecolare e gli impianti potranno essere progettati in modo individualizzato e adattati alla biologia specifica del paziente.

Per raggiungere questo ambizioso obiettivo occorrerà fornire risposte soddisfacenti a domande ben precise. Il team statunitense che ha preparato questo approfondimento le ha così sintetizzate.

Quali sono la composizione e lo spessore ottimale del rivestimento? Dipendono dalla collocazione? Possono essere manipolati in funzione delle necessità del paziente? Qual è la rapidità di biodegradazione dei diversi materiali di rivestimento? Sono adatti alle diverse applicazioni e ai carichi che devono sopportare?

È possibile progettare rivestimenti con architetture di tipo gerarchico in grado di combinare buone prestazioni meccaniche con una risposta biologica ottimale?

Come possono la topografia superficiale e la chimica dei materiali utilizzati per gli impianti dentali controllare la risposta cellulare, in particolare la differenziazione delle cellule staminali verso linee osteoblastiche?

Quali sono le modalità migliori per progettare, fabbricare e assemblare i nuovi materiali sintetici che mimano le proprietà del tessuto dentale?

Sapremo sviluppare un protocollo affidabile per verificare il grado di osteointegrazione e le prestazioni *in vitro* di denti artificiali? Come potremo poi correlare i risultati ottenuti dalle analisi *in vitro* con quelle *in vivo*?

La risposta a queste domande fornirà le informazioni necessarie per arrivare a trattare in modo ottimale una popolazione diversificata di pazienti. Ma per arrivare a questo obiettivo bisognerà integrare in modo interdisciplinare gli apporti provenienti dalla scienza dei materiali, dalla biologia, dall'informatica e dall'ingegnerizzazione tissutale accoppiati con le conoscenze chirurgiche e odontoiatriche.

Renato Torlaschi

Tomsia AP, Launey ME, Lee JS, Mankani MH, Wegst UGK, Saiz E. Nanotechnology Approaches for Better Dental Implants. Int J Oral Maxillofac Implants 2011; 26(Suppl): 25–49.

CONSERVATIVA

Per un utilizzo sicuro del restauro in amalgama

Fino a che punto un odontoiatra è tenuto ad insistere sull'esigenza di un restauro in amalgama con i propri pazienti? A chiederselo è un odontoiatra libero professionista scrivendo al *Journal of the American Dental Association* e facendo riferimento alla necessità, in alcuni casi ritenuta ottimale, di utilizzare nel trattamento questo tipo di materiale, spesso guardato dal paziente con timore e preoccupazione.

Il restauro in amalgama d'argento (lega contenente mercurio) ha nel tempo suscitato perplessità nell'opinione pubblica e scientifica a causa del suo contenuto di mercurio liquido, sebbene non esistano evidenze convincenti che dimostrino il potenziale tossico del restauro o la sua capacità di rilasciare mercurio nel tempo.

Le considerazioni sulla tossicità dell'amalgama dentale si basano sostanzialmente sul solo dato obiettivo della tossicità del mercurio liquido. Per contro, esistono innumerevoli studi scientifici sulla sua sicurezza ed efficacia, come conclude una recente revisione della letteratura dell'*American Dental Association Council on Scientific Affairs* (2009). Per di più, nel luglio 2009, la Food and Drug Administration ha posto l'amalgama dentale tra le sostanze di classe II (a rischio moderato). Proprio come l'oro e i compositi.

In Italia, l'impiego dell'amalgama dentale è regolato da un decreto ministeriale del 2001 (d.m. 10 ottobre 2001) che, «stante l'assoluta mancanza di documentazione a sfavore di tale materiale, ne obbliga l'utilizzo solo ed esclusivamente sotto forma di capsule pre-dosate, e raccomanda di: a) stoccare le capsule di amalgama in un ambiente fresco e ventilato; b) lavorare in locali ventilati con rivestimenti non tessili decontaminabili; c) realizzare sempre sotto raffreddamento, aspirazione e isolamento del campo operatorio la fresatura e la lucidatura dell'amalgama; d) condensare l'amalgama con i mezzi classici (condensatore manuale) e non utilizzare i condensatori a ultrasuoni; e) non posizionare l'amalgama dentale in vicinanza di altri restauri metallici, al fine di evitare rischi di corrosione; f) evitare, per prudenza, la posa e la rimozione dell'amalgama in pazienti con allergia per l'amalgama, in gravidanza o allattamento, nei bambini sotto i sei anni d'età e in pazienti con gravi nefropatie; g) in caso di sopravvenute reazioni locali, in particolare di lesioni lichenoidi in vicinanza di un amalgama, o nei casi, sicuramente accertati, di allergia a tale materiale, è indicata la rimozione dell'otturazione».

In realtà, essendo in lega metallica, la quantità di mercurio rilasciata da questi restauri (ammesso vi sia) risulta difficilmente rintracciabile e risulta sicuramente inferiore rispetto alla dose di mercurio ambientale alla quale la popolazione generale è normalmente esposta (alimentazione, eco-dispersione, assunzione di farmaci).

Inoltre, sulla base dei dati scientifici attuali, l'Ada ha sottolineato come «la rimozione del restauro in amalgama da pazienti non allergici per la presunta finalità di rimuovere una sostanza tossica dal corpo, quando tale trattamento viene effettuato su suggerimento unico del dentista, è improprio e non etico».

Rendere partecipe il paziente nella scelta del restauro, discuterne dei pro e dei contro, proporre ragionevoli alternative è il mezzo migliore per ottenere la terapia più adeguata. È una responsabilità etica dell'odontoiatra non solo discutere dell'amalgama, ma anche di tutte le opzioni terapeutiche alternative, senza mai abbandonare le prove di efficacia esistenti e tenendo conto che della vasta quantità di informazione facilmente accessibile al paziente, soprattutto in rete, non sempre esatta e attendibile, anzi, sempre più spesso fuorviante. È bene portare a conoscenza il paziente delle migliori conoscenze scientifiche disponibili, le più recenti e le più accurate.

› *Qui sopra una situazione estrema di amalgama ossidata. Il dibattito sugli eventuali rischi delle otturazioni in amalgama è ancora aperto.*

E se, per ogni medico, il principio etico base rimane *primum non nocere*, se ne aggiunge un secondo fondamentale che è quello dell'assistenza al paziente, il quale deve poter beneficiare del supporto del medico. Il medico odontoiatra è chiamato a mettersi a disposizione del paziente, in maniera il più possibile competente, pronto a rispondere ai bisogni di quest'ultimo.

Pertanto, se il paziente è stato informato correttamente su vantaggi e svantaggi del restauro in amalgama, che in alcuni casi viene ritenuto l'opzione migliore, e ha deciso di optare per un'alternativa, allora questa diviene una scelta consapevole del paziente. Tuttavia, la scelta del paziente, operata in base a ciò discusso (rischi e benefici di vari restauri), può ricadere su un materiale che risulta clinicamente accettabile, anche se non ottimale. Se, invece, il paziente insiste per un' opzione non clinicamente accettabile, è dovere etico dell'odontoiatra rifiutarsi e cercare dissuadere il paziente circa l'impiego di una terapia/materiale che potrebbe mettere a rischio la sua salute orale e/o generale. In tal caso, l'autore consiglia di richiedere un secondo parere. Se dopo aver consultato un secondo odontoiatra, il paziente insiste per lo stesso trattamento, il medico è eticamente libero di rispondere al paziente che, in sua buona coscienza, non può procedere a quel tipo di terapia.

Elena Varoni

Gamba TW. Am I ethically bound to discuss amalgam restorations with my patients? J Am Dent Assoc 2009; 140(12):1544-6
www.normativasanitaria.it

LAVORO ORIGINALE

Carico immediato: estetica e funzione

Il manufatto protesico nella procedura "flat one bridge"

> **Daniele Sergiampietri**
Medico libero professionista in Marina di Carrara (Ms)

> **Alberto Minnici**
Libero Professionista in Magenta (Mi)

> **Vincenzo Bucci Sabattini**
Libero Professionista in Magenta (Mi); Prof. a c. di implantologia avanzata all'Università di Pavia

> **Ugo Botta**
Odontotecnico in Opera (Mi)

> **Marco Bardelli**
Odontotecnico in Bucine (Ar)

La riscoperta della possibilità di ottenere risultati positivi con elevata predicibilità e quindi delle opportunità offerte dal carico immediato in implantoprotesi (1-7) sta cambiando molto velocemente sia l'approccio tecnico scientifico e clinico relativi che le aspettative dei pazienti.
In letteratura internazionale i lavori scientifici pubblicati negli ultimi dieci anni riguardanti dati sperimentali e studi di ricerca sul carico immediato in implantoprotesi sono aumentati di più del 100%.
Importanti lavori sperimentali hanno dimostrato nel tempo che i vantaggi della riabilitazione implantoprotesica a carico immediato non sono solamente quelli ovvi relativi al comfort del paziente, ma sono anche e soprattutto un miglioramento della guarigione ossea, cui consegue anche un aumento del Bone Implant Contact (Bic) (3-5).
In base ai dati della ricerca e della sempre più vasta esperienza clinica, si può affermare che, allo stato attuale dell'arte, ogni qualvolta esistano le condizioni necessarie e sufficienti per poterlo fare, riabilitare anche protesicamente il paziente nel giro di alcune ore rappresenta la soluzione migliore.
L'obbligo deontologico e anche legale di ogni clinico è di essere sempre aggiornato e di poter contribuire "alla difesa o alla riconquista dello stato di salute" secondo le possibilità offerte dall'evoluzione della disciplina. Si può quindi affermare che, in ogni caso in cui è possibile, l'implantoprotesi a carico immediato non solo è la migliore, ma anche la più indicata via terapeutica.
Oggetto di questo lavoro è la sintetica illustrazione di una possibilità implantoprotesica che ha dimostrato, in circa sette anni, risultati eccellenti sia nella riabilitazione full arch che nella terapia di settori di arcata (8).

Gli impianti

La procedura, denominata "flat one bridge", è eseguibile con l'utilizzo degli impianti prodotti dalla Intra-Lock System (Boca Raton, Florida, Usa) e con la componentistica protesica dedicata.
Gli impianti in oggetto presentano caratteristiche peculiari, sia riguardo la macromorfologia che la micromorfologia (trattamento di superficie), tali da porre le basi per una reazione biologica dell'osso positiva e rapida (9-13).

L'abutment per la connessione impianti-protesi

Il sistema è composto anche da un tipo di abutment particolare detto "Flat abutment". Esso è la chiave di volta della procedura stessa.
Il Flat abutment presenta tutte le caratteristiche positive degli abutment Intra-Lock: elevatissima capacità di sigillo della connessione abutment/impianto (14) e aumento della superficie di scarico delle forze di circa dieci volte rispetto alle connessioni standard (15-18). È presentato in due misure di larghezza (narrow e standard) e tre di altezza (1, 2 e 3 mm).
In relazione al suo design, permette di ottenere la passivazione reciproca di tutti gli impianti, qualunque sia la loro diversa inclinazione, e viene avvitato sulla vite implantare a un torque di 35 Ncm (fig. 1).

La travata protesica

La travata protesica deve essere assolutamente rigida. È perciò indicata la lega di Cr-Co (19).
La travata protesica fusa in Cr-Co, oltre alla ovvia funzione di costruzione protesica e sostegno degli elementi dentari, assolve anche alla funzione di fissare rigidamente tra di loro gli impianti, favorendo una guarigione ossea per prima intenzione similmente a un tutore di Ilizarov o a una placca di osteosintesi in ortopedia.
Gli impianti sopportano senza danno alcuno il carico trasferito lungo il loro asse lungo e si osteointegrano. Di più: il carico contribuisce a un incremento del Bic e a una più rapida guarigione, mentre quando sono sollecitati da micromovimenti tra i 28 e i 150 μ vanno incontro a quella che taluni chiamano fibrointegrazione.
Il motivo biologico di questo fenomeno è dovuto al fatto che i loro movimenti trasversali interferiscono con la stabilità del coagulo presente nel sito chirurgico. In tal caso le cellule mesenchimali perivascolari pluripotenti presenti nell'alveolo e provenienti dalla midollare ossea, invece di differenziarsi lungo la linea osteogenica, deviano verso la linea fibroblastica dando luogo a una fibrosi che è in realtà un fallimento implantare.
La protesi su travata rigida non permette flessioni che si trasferirebbero agli impianti come movimento trasversale e, assieme a una corretta modellazione occlusale, trasferisce agli impianti solo sollecitazioni in asse.
Un'altra caratteristica fondamentale del Cr-Co è la massima compatibilità col titanio, sia in chiave fisica che in chiave chimica, che elimina i rischi di bimetallismo (19).

Il protocollo chirurgico

Il protocollo flat one bridge prevede l'utilizzo di almeno otto impianti per l'arcata superiore e sei per l'inferiore.
Gli impianti devono raggiungere una stabilità primaria pari o superiore ai 35 Ncm .
Le caratteristiche del flat abutment permettono di risolvere con tecniche chirurgiche minimamente invasive anche casi complessi: per esempio, bypassare il seno mascellare o eseguire split-crest a cielo coperto e ridurre il trauma e limitare il disagio post chirurgico grazie a chirurgia flapless.
La protesi deve essere fissata (avvitamento a 25 Ncm) entro le 72 ore dalla seduta chirurgica.
La protesi stessa, in relazione alle sue caratteristiche costruttive già descritte, diviene uno strumento che causa una migliore e più rapida integrazione implantare (20-22).

Procedure e fasi di lavoro

Nella tecnica qui esposta, eseguita la parte chirurgica si posizionano i transfert, si esegue un controllo radiografico della loro precisione di alloggiamento e si rilevano le impronte, il rapporto interarcate e tutto quanto serve per il trasferimento al laboratorio odontotecnico dei dati necessari alla costruzione protesica.
La protesi è costituita di due parti: la barra, diversamente modellata a seconda delle esigenze cliniche e dell'anatomia specifica del paziente, e la parte estetico-funzionale.
La barra fusa è collegata a specifici pilastri che si connettono al flat abutment e permettono l'avvitamento del manufatto (25 Ncm di torque).
Le possibilità di ottenere l'insieme solidale di barra fusa/pilastro attualmente sono tre: barra fusa con pilastri calcinabili a ottenere una fusione unica; barra fusa con anelli in cui si incollano pilastri prefabbricati in titanio; barra fresata col sistema Cad-Cam.
La fusione unica presenta come vantaggi la sicurezza di stabilità dell'attacco barra/pilastri, mentre come svantaggi le possibili imprecisioni dell'ingaggio del pilastro peotesico sul flat abutment.
La barra incollata a pilastri macchianati offre un'assoluta precisione dell'ingaggio pilastri/flat abutment, ma vi è la possibilità di instabilità e rottura dell'incollaggio tra barra fusa e pilastri.
La barra fresata con sistema Cad-Cam garantisce massima precisione e stabilità; di contro ha tempi lunghi per l'esecuzione, legati alla disponibilità di centri di fresaggio sul territorio.

Una nuova tecnica

Alla luce di numerosi anni di esperienza con la tecnica protesica flat one bridge, soprattutto nella riabilitazione delle arcate edentule o molto gravemente compromesse, ma anche in casi di settori dalle arcate, abbiamo pensato di unire gli aspetti positivi delle tre tecniche proposte in un'unica tecnica (23).
Mediante scannerizzazione dei pilastri calcinabili e successivo confezionamento degli stessi in Cr-Co con il fresatore Cad-Cam, abbiamo ottenuto nuovi pilastri. Essi sono precisi come quelli costruiti dall'azienda in titanio, ma sono saldabili con la barra fusa in Cr-Co, essendo costruti con lo stesso materiale. Ottenuti così gli elementi fondamentali per la coniugazione tra l'insieme abutment/impianto e la successiva travata protesica, abbiamo preparato una barretta, sempre in Cr-Co delle dimensioni di 3x4 mm di altezza per 15 cm di lunghez-

> *Fig. 1: in basso a destra il risultato finale a otto ore*

Fig. 2: controllo a quattro anni

Fig. 3: controllo a quattro anni

Fig. 4: situazione iniziale

Fig. 5: controllo a 18 mesi

Fig. 6

za. Abbiamo infine identificato e scelto di usare un sistema di saldatura a bassa temperatura (brasatura) che permette di unire i due manufatti costruiti nella stessa lega (Cr-Co). Rilevate le impronte e colato il modello di lavoro con gli analoghi degli impianti con i flat montati, abbiamo avvitato sul modello i pilastri preformati che sono stati ottenuti col fresaggio. A questo punto si sono tagliati con disco da laboratorio pezzetti della barra prefabbricata e con questi ultimi si sono uniti i diversi pilastri.

Il sistema di saldatura e la dimensione dei segmenti di barra utilizzati escludono possibilità di contrazione o retrazione del metallo. La saldatura utilizzata, controllata con test dedicati, garantisce una resistenza di 62Hg/mm². La resistenza della barra di 3x4 mm di sezione è quindi pari a 744 Kg in ogni contatto di saldatura (fig. 6).

Questa nuova possibiltà costruttiva presenta i vantaggi di avere una resistenza sovrapponibile alla barra fusa coi pilastri calcinabili assieme alla precisione e assoluta passivazione della tecnica per incollagio o della barra fresata. Di più: un ulteriore e grande vantaggio è dato dalla possibilità di ottenere una barra protesica finita direttamente in studio (senza necessità di trasferimento al laboratorio odontotecnico), perfetta ai fini che ci si propone e tutto ciò in un tempo ridottissimo (fig. 7).

La possibilità di usare pezzi preformati e una tecnica di saldatura a bassa temperatura eseguibile in studio, elimina la necessità di eseguire la fusione e di incollare i pilastri. In pratica elimina molto tempo di lavoro, rendendo così possibile finire tutto il manufatto protesico nel giro di poche ore.

La parte estetico-funzionale

Per la costruzione degli elementi dentali la nostra scelta, quindi la nostra proposta, ricade su denti costruiti in composito (per quanto sia possibile a seconda dei casi, delle esigenze del paziente e dei diversi fattori che si possono presentare).

Abbiamo iniziato a usare la procedura implantoprotesica flat one bridge impiegando denti preformati di commercio (24). Negli anni successivi abbiamo testato compositi, mascherine e modellati preformati, in taluni casi arcate modellate e ceramizzate.

Oggi costruiamo le protesi, sia full arch che di settore, con quei compositi che permettono la modellazione a stampo e la polimerizzazione sottovuoto, praticamente come in "muffola". Il materiale presenta versatilità di utilizzo e possibilità di reintervento, ma anche una elevatissima performance estetica, stabilità nel tempo, resistenza all'abrasione e tempi di esecuzione contenuti.

Ecco nel dettaglio le fasi di protesizzazione.

Prima dell'atto chirurgico si rilevano le impronte, si registra il rapporto tra le arcate, si prende l'arco facciale e si esegue il montaggio in articolatore per lo studio del caso e la progettazione complessiva. Sui modelli di studio si prepara una ceratura diagnostica e sulla base di questa si prepara una mascherina in plastica rigida termostampata o in resina trasparente. Questa servirà, al momento della presa delle impronte di lavoro, dopo la fase chirurgica, per registrare rapporti interarcate, dimensione verticale e volumi, permettendo così di trasferire facilmente al tecnico tutti i dati necessari per il montaggio finale in articolatore e la costruzione protesica (25, 26).

Montato il modello master in articolatore e una volta preparata la barra saldata, come più sopra descritto, stabiliti i paramentri occlusali, scelti forma e colore degli elementi, si montano con cera i denti di commercio sulla barra e si cotrollano i contatti funzionali, come nella costruzione di protesi mobili. Si prende un'impronta del montaggio ottenuto con silicone trasparente, ottenendo una mascherina che duplica il modello di lavoro coi denti montati (fig. 8). Rimossi questi, si pulisce la barra, la si sabbia e silanizza, quindi si opacizza e si polimerizza l'opaco.

Si riempie la mascherina in silicone trasparente con composito "dentina", la si posiziona sulla barra opacizzata e si polimerizza. Si elimina, con fresa dedicata, parte del composito polimerizzato, in misura maggiore occlusalmente e vestibolarmente; si riempie nuovamente la mascherina in silicone con composito "smalto", si riposiziona sul modellato a riempire lo spazio prima formato. Dopo il controllo funzionale definitivo e la rifinitura, si armonizza e personalizza il manufatto protesico con trasparenti e supercolori.

A questo punto la protesi viene finita con frese da laboratorio di forma e misura idonea, si praticano i fori di passaggio per le viti di fissaggio e la si consegna al paziente (fig. 9). Posta in situ, la protesi viene fissata con le apposite viti a un torque di 25 Ncm. Una volta chiusi i fori di passggio delle viti si esegue un cotrollo occlusale e, se necessario, un molaggio selettivo finale. Istruito il paziente sulle attenzioni necessarie, soprattutto nel primo periodo e sulle manovre di igiene orale, lo si dimette (figg. 2, 3, 4 e 5).

Nella nostra pratica tutti i pazienti vengono richiamati ogni sei mesi per un controllo con l'igienista e un esame radiografico con Opt. Una volta l'anno si smonta il manufatto protesico per un controllo dei tessuti e di stabilità di tutte le componenti implantoprotesiche.

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Bibliografia

1) *Formiggini MS. Protesi dentaria a mezzo di infibulazione diretta endoalveolare. Rivista Italiana di Stomatologia 1947; 193-199.*

2) *Formiggini MS. Protesi fisse in bocche edentule a mezzo di infibulazioni dirette endomascellari. Rivista Italiana di Stomatologia 1954; 814-821.*

3) *Formiggini MS. Otto anni di pratica col mio metodo di infibulazione metallica endomascellare. Rivista Italiana di Stomatologia 1955; 38-44.*

4) *Branchini C. Rilievi istologici su un impianto alloplastico umano. Atti del II simposio internazionale degli impianti alloplastici; Napoli, 8-10 febbraio 1958; 263-276.*

5) *Benagiano L. Il problema biologico degli impianti alloplastici. Annali di Stomatologia 1959; 465-477.*

6) *Bassit R, Lindström H, Rangert B. In vivo registration of force development with ceramic and acrylic resin occlusal materials on implant-supported prostheses. Int J Oral Maxillofac Implants 2002 Jan-Feb;17(1):17-23.*

7) *Zampetti P. Il carico immediato: cenni storici. In Bucci Sabattini V. Nuove frontiere del carico immediato. Ed. Martina 2010.*

8) *Bucci Sabattini V, Zampetti P, Del Corso M, La Grotta A, Rizzo S. Una nuova tecnica di carico immediato. Dental Tribune; II,3: 6-9.*

9) *Bucci Sabattini V, Minnici A. La riabilitazione full-arch a carico immediato: il Flat one bridge. Dental Cadmos 8/2007: 27-41.*

10) *Bucci Sabattini V, Minnici A, D'Ambrosio A. Una condizione per il successo nell'implantologia a carico immediato. Implant Tribune; II,4: 12-16.*

11) *Bucci Sabattini V, Minnici A, D'Ambrosio A. Il carico immediato full arch Flat one bridge: perché, come, statistica e follow up a 5 anni. Odontoiatria, Rivista degli Amici di Brugg, Anno XXVII n.3; 12/2008: 209-19.*

12) *Bucci-Sabattini V, Cassinelli C, Coelho PG, Minnici A, Trani A, Dohan Ehrenfest DM. Effect of titanium implant surface nanoroughness and calcium phosphate low impregnation on bone cell activity in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010 Feb;109(2):217-24.*

13) *Aronov D, Rosen R, Ron EZ, Rosenman G. Electron-induced surface modification of hydroxyapatite-coated implant. Surface & Coatings Technology 2008; 2093-2102.*

14) *Cassinelli C. Rapporto sulle analisi eseguite per la valutazione dell'ermeticità di connessioni implantari. In: Bucci Sabattini V. Nuove frontiere del carico immediato. Ed. Martina, Bologna 2010.*

15) *Degidi M, Piattelli A. 7-year follow-up of 93 immediately loaded titanium dental implants. J Oral Implantol 2005;31(1):25-31.*

16) *Esposito M, Grusovin MG, Achille H, Coulthard P, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. Cochrane Database Syst Rev 2009 Jan 21;(1):CD003878. Review.*

17) *Sharawy M, Misch CE, Weller N, Tehemar S. Heat generation during implant drilling: the significance of motor speed. J Oral Maxillofac Surg 2002 Oct;60(10):1160-9.*

18) *Pietrabissa R, Contro R, Quaglini V, Soncini M, Gionso L, Simion M. Experimental and computational approach for the evaluation of the biomechanical effects of dental bridge misfit. J Biomech 2000 Nov;33(11):1489-95.*

19) *Bucci Sabattini V et al. Nuove frontiere del carico immediato. Cap. 3. Ed. Martina, Bologna 2010.*

20) *Brunski JB. Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. Clin Mater 1992;10(3):153-201.*

21) *Corigliano M, Barlattani A, Gargari M, Ottria L, Andreana S. Primary healing in oral implantology. 37th annual meeting of the continental european division of the international association for dental research. Abstract n. 267.*

22) *Cochran DL. The evidence for immediate loading of implants. J Evid Based Dent Pract 2006 Jun;6(2):155-63.*

23) *Schenk K. Histologie der primarie knocenheilung. Verth Dtsh ges pathol. 1974:54;8-12.*

24) *Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. J Periodontol 2000 Apr;71(4):546-9.*

25) *Zampelis A, Rangert B, Heijl L. Tilting of splinted implants for improved prosthodontic support: a two-dimensional finite element analysis. J Prosthet Dent 2007 Jun;97(6 Suppl):S35-43.*

26) *Lin CL, Wang JC, Kuo YC. Numerical simulation on the biomechanical interactions of tooth/implant-supported system under various occlusal forces with rigid/non-rigid connections. J Biomech 2006;39(3):453-63.*

EDITORIA SCIENTIFICA

Carico immediato full arch e per quadranti

Farà parte della collana Real Life Dentistry il libro di prossima uscita del professor Vincenzo Bucci Sabattini e del dottor Daniele Sergiampietri dal titolo «Carico immediato full arch e per quadranti». Il volume, che supererà le 200 pagine, è ora in preparazione per i tipi di Griffin e uscirà nel 2012. I casi clinici saranno presentati con immagini e, per rappresentare un campo operatorio esangue e quindi più "leggibile", anche attraverso illustrazioni e disegni.

Il piano dell'opera

Il testo aprirà con una parte propedeutica di anatomia, radiologia e fisiologia delle strutture anatomiche importanti per l'implantologo. Saranno approfondite le caratteristiche degli impianti e la biomeccanica protesica, che non va mai data per scontata.

Seguirà una parte dedicata alle tecniche chirurgiche, alle tecniche rigenerative e agli approcci ricostruttivi del parodonto superficiale. In questa sezione è particolarmente interessante la parte dedicata ai biomateriali, alla loro scelta ragionata e alle differenti modalità di utilizzo. Tra le tecniche ricostruttive, il rialzo del pavimento del seno mascellare è trattato in modo magistrale dagli autori, che vantano una ricchissima casistica.

La terza parte del volume è quella fondamentale rispetto all'iconografia e si configura quasi come un atlante. I casi clinici, accuratamente selezionati, riportano in primo piano la tecnica del carico immediato, ultimamente trascurata a causa delle problematiche parodontali ad essa collegate. Merito degli autori è quello di offrire una trattazione clinica dettagliata della metodica, offrendo al lettore le soluzioni e gli accorgimenti per scongiurare le complicazioni al parodonto.

Il testo di Bucci Sabattini e Sergiampietri confronta le differenti tecniche e pone particolare rilievo sul flat one bridge. Materiali e metodi di questa procedura saranno ampiamente illustrati nei casi di riabilitazione sia full arch sia per settori, in cui la metodica pone in evidenza tutti i suoi vantaggi.

Sioi Fall Meeting 2011

Sabato 19 novembre la Società italiana di odontoiatria pediatrica (Sioi) si riunirà a **Milano** per un incontro scientifico focalizzato sulle terapie della pratica ambulatoriale, per dare risposta alle domande quotidiane più significative in ambito odonto-pediatrico.
Sono stati scelti i cinque temi che sono oggi di estrema attualità e per ciascuno di questi sono stati invitati i top leader italiani: **Luigi Paglia** (odontoiatria predittiva), **Giovanni Olivi** (laser in pedodonzia), **Marco Rosa** (ortopedodonzia), **Maurizio Bossù** (endopedodonzia) e **Simone Grandini** (estetica nei traumi).
«La vera novità di questo congresso sarà l'aggiornamento a distanza, in tempo reale, via web - spiega il professor **Damaso Caprioglio**, chairman dell'evento -. I messaggi clinici potranno così raggiungere non solo chi siederà fisicamente in aula ma, potenzialmente, tutti i dentisti italiani, comodamente seduti davanti al proprio computer. Sarà infatti possibile assistere al convegno, ad un costo estremamente contenuto, con un semplice click sul sito *www.giovanidentisti.it*, acquisendo i relativi punti Ecm e senza rinunciare alla possibilità di porre domande ai relatori».
Questo format, già consolidato in altre realtà professionali, consente di abbattere i costi dell'aggiornamento e, soprattutto, di mettere a disposizione di ognuno uno strumento educativo di altissima qualità.
Pubblichiamo a seguire gli abstract degli interventi dei relatori che si alterneranno sul palco dell'Auditorium Don Alberione in via Giotto 36 a Milano.

L'odontoiatria mininvasiva: i laser in pedodonzia

Oggi, dopo 50 anni, la laser terapia si presenta ricca di protocolli clinici creati su basi sperimentali: per ogni lunghezza d'onda vi è una specifica applicazione in campo pedodontico che offrono l'opportunità di trattamenti con un comfort intra e post-operatorio maggiore, una forte riduzione dell'uso di anestetici locali e una migliore collaborazione da parte del paziente.
Giovanni Olivi si soffermerà sull'applicazione delle diverse lunghezze d'onda, sia in conservativa che in traumatologia dentale, in chirurgia come in endodonzia, dando particolare risalto alla terapia a bassa intensità, anche detta biostimolazione.

L'odontoiatria predittiva

Mentre in tutte le specialità mediche si dedica sempre più attenzione alla prevenzione e alla diagnosi precoce, in odontoiatria è ancora nettamente prevalente un'impostazione che privilegia il trattamento chirurgico delle conseguenze del processo carioso.
Partendo dalle conoscenze disponibili sulla eziopatogenesi della carie, sulla saliva e sui fattori di demineralizzazione è stato elaborato recentemente un nuovo modello di approccio al paziente che coinvolge aspetti diagnostici, preventivi, motivazionali e di comunicazione. È nato così un nuovo tipo di prestazione mirata alla definizione del profilo individuale di rischio carie e alla prescrizione di misure non solo di igiene orale ma anche di dietetiche e di stile di vita.
La relazione di **Luigi Paglia** fornirà le basi teoriche e pratiche per attuare nella pratica quotidiana questo nuovo approccio nei suoi aspetti clinici, motivazionali e organizzativi.

L'ortopedodonzia

L'ortodonzia intercettiva rappresenta quella filosofia che ha come obiettivo il ridurre o annullare l'amplificazione delle deformazioni dento-mascellari o delle malocclusioni. La terapia ortodontica intercettiva nella primissima infanzia fa parte di un piano di trattamento globale il cui obiettivo è quello di raggiungere un risultato anche parziale, ma che sia in grado di stabilire i presupposti più favorevoli affinché si possa esprimere la crescita normale.
Lo scopo della relazione di **Marco Rosa** sarà quello di presentare procedure cliniche innovative di trattamento ortognatodontico precoce. L'ipotesi di base è che un timing ideale e l'utilizzo di apparecchiature fisse ancorate esclusivamente ai denti decidui, in dentatura mista, consente di ottenere movimenti ortodontici spontanei e ottimali a carico dei denti permanenti, evitando così i compensi dento-alveolari, con una successiva maggiore stabilità e predicibilità del risultato.

Estetica in traumatologia dentale

I traumi dentali presentano sempre un'elevata implicazione estetica, in quanto quasi sempre coinvolgono elementi den-

tali del settore anteriore.
Scopo della presentazione di **Simone Grandini** sarà quello di evidenziare l'importanza della diagnosi e del piano di trattamento in traumatologia dentale e di mostrare le varie opzioni terapeutiche. Saranno quindi passate in rassegna le moderne tecniche di ricostruzione diretta con l'ausilio degli adesivi smalto-dentinali, la mascherina in silicone e i materiali compositi per ottenere un restauro "invisibile".
Saranno inoltre presentati i risultati di un'approfondita revisione bibliografica e di ricerche condotte presso l'Università di Siena sulle metodiche e i materiali per il riattacco del frammento dentale, e di uno studio retrospettivo con casi ri-controllati fino a dopo 30 anni dal riattacco.

L'endopedodonzia

La patologia cariosa e/o traumatica può essere responsabile di patologie ascessuali e della perdita precoce di spazio in arcata, influendo negativamente sulla permuta e formazione del corrispondente elemento permanente. È necessario pertanto curare e prevenire tali patologie anche qualora si debba intervenire con trattamenti endodontici su elementi della serie decidua, affinché mantengano la propria integrità anatomica fino al completamento della permuta.
L'obiettivo della terapia della polpa rientra in quella che viene definita prevenzione terziaria e il cui scopo è quello di prevenire alterazioni di tipo ortognatodontico e/o infettivo.
L'odontoiatra pediatrico deve conoscere esattamente le tecniche e il materiale da utilizzare nei diversi quadri clinici che si possono a lui presentare. Il successo del nostro lavoro - spiega **Maurizio Bossù** - è il risultato di un'attenta valutazione dei parametri diagnostici, delle tecniche e del materiale da utilizzare che ovviamente cambiano e si devono adattare al singolo caso.

Per informazioni
www.giovanidentisti.it
info@giovanidentisti.it - Tel. 02.3057541

Accademia italiana Camlog

La città di **Vicenza** ospiterà il **5 novembre** il simposio della neonata Accademia italiana Camlog, associazione culturale che ha lo scopo di sostenere lo sviluppo scientifico e clinico nell'ambito dell'implantologia osteointegrata.
«Questo obiettivo ambizioso sarà perseguito attraverso l'organizzazione di un congresso biennale, di corsi di continuing education e la preparazione di progetti di ricerca e trial clinici, con il supporto della International Camlog Foundation - ci ha spiegato **Carlo Maiorana**, direttore della scuola di specializzazione in chirurgia odontostomatologica dell'Università di Milano e coordinatore dell'Accademia -. Il consiglio direttivo che ho l'onore di coordinare per il prossimo biennio, è costituito da clinici e ricercatori di fama che hanno, con entusiasmo e senso di amicizia, accettato di costruire assieme una nuova entità che fornisca linee guida ai clinici e sostenga la ricerca implantologica nell'ambito della metodica Camlog» prosegue Maiorana.
I temi affrontati dai relatori nella giornata congressuale sono tra quelli di maggiore attualità e offriranno lo spunto per una discussione attiva e costruttiva: il controllo dei tessuti molli in terapia implantare, i difetti alveolari in area estetica, la chirurgia guidata, il grande rialzo del seno mascellare, la rigenerazione ossea nelle atrofie mascellari, il platform switching, la protesi avvitata e cementata, le tecniche Cad-Cam per la protesica implantare.

Per informazioni
Alta Tech
Tel. 0444.461313
divisionecorsi@alta-tech.it

Simposio Osteology 2012

Un percorso coinvolgente tra interessanti spunti multidisciplinari, approfondimenti sulle problematiche parodontali e il mistero di due casi clinici da risolvere: ecco alcune delle novità della quarta edizione italiana del simposio Osteology.
Sarà il nuovissimo palacongressi di **Rimini** ad ospitare il prossimo simposio nazionale della Fondazione Osteology, che si svolgerà **dal 19 al 21 aprile 2012**. Il tema centrale della manifestazione, giunta alla sua quarta edizione italiana, sarà l'approccio multidisciplinare al trattamento di casi clinici semplici e complessi. Il programma scientifico, messo a punto dai tre chairmen d'eccezione **Pierpaolo Cortellini**, **Mauro Merli** e **Massimo Simion**, offre spunti di aggiornamento scientifico-clinico interessanti e coinvolgenti, attraverso un percorso di valutazione e discussione di casi clinici di diverso livello di complessità.
Ma non finisce qui: «le difficoltà imposte dalla gestione dei pazienti ammalati di parodontite ci hanno orientati nella scelta di un panorama di relazioni che tengano conto della necessità di affrontare le gravi lesioni prodotte dalla malattia parodontale all'interno di un progetto terapeutico mutidisciplinare» precisano i chairmen. La selezione di 34 relatori di rilievo internazionale contribuirà poi a rendere il ricco programma scientifico ancora più appassionante.
Come da tradizione, oltre ai corsi teorici troveranno spazio i workshop della Fondazione Osteology e delle aziende sponsor, che avranno luogo durante la sessione introduttiva.

Per informazioni
www.osteology-rimini.org
osteology2012@arseducandi.it

Conferenze sull'adesione

› *Junji Tagami*

› *Lorenzo Breschi*

Dopo il successo delle due conferenze tenute lo scorso anno a Milano e Napoli, Kuraray Dental Italia propone nuovamente due importanti eventi scientifici sullo stato dell'arte delle tecniche adesive in odontoiatria.
Quest'anno Kuraray organizza due "lectures" di altissimo livello che si terranno **il 5 novembre a Roma** in collaborazione con l'Università La Sapienza e **il 7 novembre a Torino** con l'Università degli Studi di Torino.
I relatori saranno due docenti universitari di grande prestigio e autorevolezza: il professor **Junji Tagami** e il professor **Lorenzo Breschi**.
Tagami è presidente della facoltà di odontoiatria della Tokyo medical and dental university. I suoi interessi scientifici primari sono legati all'adesione dei materiali da restauro alla sostanza dentale nell'ambito dell'odontoiatria adesiva e della cariologia. Recentemente il gruppo di studio da lui guidato ha fatto importanti scoperte nell'ambito dell'adesione self-etching e nello studio dello sviluppo delle carie secondarie.
Breschi è professore associato presso la clinica odontostomatologica dell'Università di Trieste. È anche stimato relatore in numerose conferenze in Italia e all'estero e autore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali soprattutto per quanto riguarda gli aspetti scientifici e biologici relativi all'adesione in odontoiatria. Inoltre, collabora attivamente con vari gruppi di ricerca internazionali nello sviluppo di nuove metodologie legate alle tecniche di adesione in odontoiatria conservativa.
Le recenti scoperte nell'ambito dell'adesione in odontoiatria verranno affrontate nel corso delle due conferenze per offrire ai partecipanti un panorama completo ed aggiornato sugli ultimi sviluppi scientifici in questo ambito.

Per informazioni
Kuraray Dental Italia
Tel. 02.63471228

XXIV congresso Aig

Venerdì 21 e sabato 22 ottobre l'Associazione italiana di gnatologia (Aig) terrà presso la prestigiosa sede della Dental School Lingotto dell'Università di **Torino** il suo XXIV congresso nazionale dal titolo «Metodiche strumentali a confronto».
«Il confronto fra le varie metodiche sarà aperto e intellettualmente onesto, tra le diverse scuole gnatologiche e scevro da qualunque pregiudizio scientifico o di appartenenza dottrinale» ci ha spiegato **Angelo Bracco**, presidente dell'associazione.
Nelle due giornate di lavori odontoiatri e odontotecnici esporranno le loro tecniche diagnostiche e riabilitative dell'apparato stomatognatico, confrontandosi durante le numerose tavole rotonde previste. Al congresso si parlerà soprattutto di elettromiografia, di axiografia-condilografia, di pedana posturo-stabilometrica al T-scan, di cefalometria e imaging radiologico, di chirurgia ortognatica-implantare strumentalmente assistita, di Cad-Cam e di implantoprotesi guidata a carico immediato.
Precederà il congresso un corso monotematico, previsto nella giornata di giovedì, che tratterà il tema della progettazione gnatologica in protesi totale.

Per informazioni
SGI srl
Tel. 011.359908 - Fax 011.3290679
www.aignatologia.it - d.cazzaro@sgi.to.it

XXIII congresso Sido

Da giovedì 10 a sabato 12 novembre a Roma (Hotel Rome Cavalieri) si terrà il XXIII congresso della Società italiana di ortodonzia (Sido).
Si inizierà giovedì con ben sei corsi precongressuali: la correzione efficace ed efficiente della II classe con l'apparecchio Forsus; come incrementare la velocità del movimento ortodontico; management e comunicazione; la giornata delle società ortodontiche che si confronteranno sul follow-up nelle diverse tecniche ortodontiche; il corso teorico-pratico dedicato ai giovani ortodontisti; il corso in collaborazione con la Società italiana di odontoiatria infantile.
«Il tema generale delle sessioni congressuali di venerdì 11 e sabato 12 è il follow-up in ortodonzia, che sviscereremo sotto molti punti di vista grazie all'intervento di relatori di fama nazionale e internazionale, il tutto stimolato da interessanti discussioni create dai controrelatori» ci ha detto **Claudio Chimenti** alla vigilia dell'ultimo appuntamento della sua presidenza. L'ortodontista, al termine dell'anno, passerà infatti il testimone a **Maurizio Manuelli**, che guiderà la società scientifica per tutto il 2012. La presidenza Sido, infatti, è prevista oggi con durata annuale, e dopo Manuelli toccherà a **Felice Festa** ricoprire la carica nel 2013 e successivamente a **Claudio Lanteri** nel 2014. Durante il congresso verrà eletto il presidente per il 2015.
All'interno del congresso ci saranno anche tre eventi collaterali. Uno sarà dedicato ai tecnici ortodontisti, un altro alla prevenzione prima del trattamento ortodontico per medici, igienisti e assistenti di studio. Infine è stato organizzato un corso di ortodonzia aperto a tutti che avrà tra l'altro lo scopo di far conoscere meglio l'ortodonzia e la Sido agli odontoiatri.
Nell'ambito del congresso sarà allestita come di consueto una mostra merceologica.
Molto curati i momenti di aggregazione, dall'organizzazione del pranzo presso la sede congressuale all'aperitivo di giovedì, fino alla cena sociale di venerdì presso Villa Miani.

› Claudio Chimenti

Per informazioni
Meeter Congressi
Tel. 06.32651425 - Fax 06.3235574
congressi@meeter.it - www.meeter.it
www.sido.it

Corso di aggiornamento Sidp

Il recupero della funzione e dell'estetica nei pazienti con grave compromissione parodontale sarà il tema del prossimo corso di aggiornamento della Società italiana di parodontologia (Sidp) che si terrà a **Milano** (Milan Marriott Hotel) **venerdì 21 e sabato 22 ottobre**. Coordinato da **Alberto Fonzar**, il corso sarà animato dagli interventi dei relatori **Gianfranco Carnevale**, **Pierpaolo Cortellini** e **Mauro Merli**, tre clinici di indubbio valore che guideranno i partecipanti nell'analisi della tematica.
Le parodontiti gravi comportano un'importante riduzione dell'osso di supporto, presenza di tasche profonde e compromissione delle forcazioni dei molari e spesso l'esito finale di queste patologie è la perdita di elementi dentali con conseguente compromissione della funzione masticatoria e dell'estetica. Il recupero della funzione e dell'estetica è certamente una sfida per il dentista che deve rispondere a molteplici quesiti clinici. Per cercare di dare una risposta a questi quesiti i relatori affronteranno da tre prospettive diverse la riabilitazione di uno stesso paziente affetto da malattia parodontale grave, illustrando step by step non solo le fasi del piano di trattamento, ma soprattutto il ragionamento che sta alla base dei processi decisionali.

«Il corso non vuole essere assolutamente una "competizione" per affermare la supremazia di una procedura rispetto a un'altra, ma bensì un confronto tra esperienze e sensibilità cliniche diverse che dovranno poi, durante la discussione, confluire in una sorta di linea guida per i corsisti - ci ha spiegato Fonzar -. Il nostro obiettivo è che, alla fine del corso, ogni partecipante possegga le conoscenze necessarie per formulare un piano di trattamento strutturato in modo logico e per applicare le procedure terapeutiche più idonee per affrontare con successo la riabilitazione estetico-funzionale di pazienti affetti da malattia parodontale grave» ha concluso Alberto Fonzar, presidente eletto Sidp.
A questo scopo ai relatori saranno poste delle specifiche domande alle quali sarà chiesto di fornire risposte precise: indicazioni, limiti, facilità di esecuzione, costi economici e biologici e stabilità nel tempo dei risultati raggiunti dovranno emergere chiaramente dal dibattito al quale la platea è invitata a partecipare.
Il corso di aggiornamento sarà riproposto anche online per i partecipanti, che avranno l'opportunità di rivedere e riascoltare per intero tutte le relazioni.

Per informazioni
Pls Educational SpA
Tel. 055.24621 - Fax 055.2462270
sidp@promoleader.com
www.promoleader.com
www.sidp.it

VI congresso nazionale Sirom

L'imaging 3D nel distretto odonto-maxillo-facciale sarà il tema del prossimo congresso della Società italiana di radiologia odontostomatologica e maxillo facciale (Sirom), un evento che quest'anno si terrà a **Mirandola** (Mo) presso il Castello dei Pico **dal 29 settembre all'1 ottobre**.

› Silvio Diego Bianchi

› Gian Paolo Gennari

Si inizia giovedì 29 settembre con un corso precongressuale a numero chiuso sui principi basilari ed elementi di tecnica e di integrazione dell'imaging odonto-maxillo-facciale: la radiografia panoramica, la radiografia endorale, la teleradiografia del cranio, la tomografia computerizzata. Chiuderà l'incontro una conferenza su antropologia virtuale e imaging radiologico.
I lavori congressuali si apriranno nella mattinata di venerdì 30 con una conferenza del dottor **Ralf Schulze**, del dipartimento di chirurgia orale dell'Università di Magonza, che parlerà degli aspetti tecnici e clinici dell'imaging 3D, del quale verranno anche indagate le indicazioni e le controindicazioni di applicabilità nella diagnosi in ortodonzia e in chirurgia malformativa maxillo-facciale.
Come lo scorso anno c'è grande attesa per il momento di confronto tra produttori e utilizzatori di hardware e software diagnostici, che aiuterà i partecipanti a comprendere punti deboli e punti di forza delle tecnologie in commercio. «Il tempo consente di individuare e di correggere le inevitabili discrepanze tra le aspettative generate dalle innovazioni tecnologiche e le risultanze cliniche - spiega **Gian Paolo Gennari**, presidente di questa edizione del congresso -. Questo processo di "pesatura" delle risorse e dei risultati clinici correlati al loro impiego, proprio della medicina basata sull'evidenza, trae beneficio anche, nel corso di riunioni scientifiche, dal confronto tra esperienze e opinioni, fonte di stimolo e di accelerazione di un iter che deve condurre a protocolli uniformemente accettati» sottolinea l'odontoiatra.
Nel pomeriggio, chirurghi orali di grande levatura saranno protagonisti della sessione dedicata alla chirurgia guidata dall'imaging, durante la quale verranno valutate indicazioni e controindicazioni attraverso le evidenze scientifiche e l'esperienza professionale.
La mattinata di sabato verrà aperta da una relazione che avrà l'obiettivo di presentare il punto di vista del radiologo riguardo all'imaging 3D nel distretto del cavo orale, per poi concludersi con un'interessante discussione sulle implicazioni medico legali legate a queste nuove tecnologie.
«Quello dell'imaging è un settore ipertecnologico dalle grandi aspettative che si lega alla chirurgia implantare guidata e all'imaging radiologico tridimensionale in ambito ortodontico e orto chirurgico - afferma **Silvio Diego Bianchi**, presidente Sirom -. Il congresso di Modena rappresenta allora un importante momento per sviluppare un confronto tra i diversi specialisti interessati, che operano rispettivamente a livello terapeutico e diagnostico nel distretto odonto-maxillo-facciale» ha concluso il radiologo, che da sempre auspica un'integrazione culturale tra radiologi e odontostomatologi.

Per informazioni
Ecm Service srl
Tel. 010.505385 - Fax 010.8992719
Dott.ssa Daniela Bomba - d.bomba@ecmservice.it
www.sirom.org

Le potenzialità della tecnologia Cad-Cam

Nobel Biocare e Ivoclar Vivadent, da sempre fortemente impegnate in un programma di formazione rivolto a odontoiatri e odontotecnici, hanno deciso di proporre congiuntamente un corso incentrato sull'utilizzo della tecnologia Cad-Cam.
La formazione prevede due tappe nazionali dal titolo «Impiego quotidiano dei materiali di ultima generazione integrati con la tecnologia Cad-Cam nelle riabilitazioni fisse e rimovibili su dente naturale e impianti». Al centro dell'attenzione dei due appuntamenti ci sarà l'aggiornamento sulle metodiche, sui materiali e sulle tecnologie più innovative per la realizzazione di restauri protesici fissi su denti naturali e su impianti. L'approfondimento di tutti gli aspetti clinici e tecnici permetterà a odontoiatri e odontotecnici di valutare personalmente la predicibilità dei protocolli operativi proposti e l'idoneità dei moderni materiali metal free.
La prima tappa sarà **giovedì 27 ottobre a Milano** presso il Milan Marriott Hotel; la seconda **sabato 3 dicembre a Roma** presso lo Sheraton Golf Parco De' Medici Hotel&Resort.
Relatori dell'appuntamento milanese saranno i dottori **Stefano Gracis** e **Mario Imburgia** e gli odontotecnici **Davide Riva** e **Reginaldo Bartolloni**.
L'evento di Roma sarà invece affidato ai dottori **Stefano Valbonesi** e **Mario Imburgia** e agli odontotecnici **Roberto Bonfiglioli** e **Reginaldo Bartolloni**.

IL SODALIZIO TRA NOBEL E IVOCLAR

Al fine di consentire ai loro clienti l'accesso a una gamma più ampia di materiali dentali innovativi e ad elevate prestazioni, per soluzioni protesiche sempre più rispondenti alle esigenze funzionali ed estetiche, le due note aziende hanno dato vita nel 2010 a una fruttuosa partnership in ambito odontoiatrico.
Questa collaborazione ha consentito in particolare di coniugare la qualità dei materiali più innovativi con le tecnologie più avanzate nell'ambito del Cad-Cam (ovvero E.max e NobelProcera), aprendo nuove prospettive per il lavoro in team in studio e in laboratorio, a tutto vantaggio della qualità dei trattamenti offerti al paziente.

Per informazioni
ICDE
Tel. 051.2985985 - Fax 051.2985983
raffaella.mariotti@ivoclarvivavedent.com

Congresso Sinet 2012

› *A sinistra, Adolfo Ferro, a destra, Damaso Caprioglio*

1 e 2 giugno 2012: la Sinet - Società italiana di odontoiatria non estrattiva (*www.sinetortodonzia.it*) - terrà **a Napoli** il suo IX Congresso dal tema: «Riabilitazione ortodontica implantoprotesica nel soggetto parodontopatico», con eccellenti oratori internazionali, come sempre ha fatto nelle precedenti edizioni.
Lo scorso maggio, sotto la regia del professor **Adolfo Ferro**, si era tenuto l'ottavo congresso del Sinet, di cui – nonostante sia trascorso qualche mese – vale la pena di ricordare alcuni dei momenti salienti, aiutandoci con i preziosi appunti del professor **Damaso Caprioglio**, presente all'evento.
Moderatore d' eccezione all'ottavo congresso è stato il professor **Ennio Giannì**, che ha parlato delle nuove conquiste della genetica e della biologia molecolare correlate al binomio genoma/fattori esogeni. È l'organismo che modula la forza ortodontica: la vera risposta la dà il genoma.
Il grande futuro è quindi nella biologia molecolare e nella ricerca sulle mutazioni geniche che sono alla base delle variazioni individuali.
L'incontro di maggio – come sempre monotematico - era incentrato sulla distalizzazione molare in ortodonzia come alternativa all'estrazione dei primi premolari: possibilità, stabilità, convenienza.
In quest'occasione il professor Alberto Caprioglio aveva parlato di meccaniche distalizzate elastiche e risultati a lungo termine, confrontando gli effetti dento-alveolari derivanti dalle differenti apparecchiature per la distalizzazione dei molari superiori nella terapia delle malocclusioni di II classe a distanza di almeno cinque anni dal termine della terapia stessa.
Il professor H. De Clerck, in videoconferenza, aveva presentato la distalizzazione molare con miniplacche, trattando casi di III classe prima trasformati in II classi e seguiti dalla fase di distalizzazione dei molari.
Il professor Adolfo Ferro aveva poi presentato l'impiego del distal fer nella distalizzazione dei molari superiori, con dati su ben 54 casi clinici. Nelle I classi la tecnica è particolarmente efficace se si usa in contemporanea il lip bumper: questo apparecchio, ideato dallo stesso Ferro, è composto da una molla palatale con filo Tma 0.17 x 0.25 a tre o quattro anse. Si possono eseguire attivazioni verticali, con tip distale tra i 20 e i 30 gradi, o sagittali.
Il professor Caprioglio – proseguendo in questo report a distanza – ricorda come ottima la relazione del professor **Roberto Martina**, che si è chiesto se abbiamo veramente bisogno della distalizzazione molare. Una terapia non estrattiva rimane sempre tale? In certi casi poi si devono estrarre altri denti ottavi o secondi molari. La durata rispetto alla terapia estrattiva è simile: perché non estrarre? Per quanto riguarda i futuri disordini dell'Atm, non vi è differenza rispetto ai casi estrattivi.
Analizzando poi la terapia ortopedico-funzionale, Ferro si è domandato se sia proprio doveroso distalizzare e ha citato varie ricerche sule II classi: da O'Brien, favorevole solo riguardo il miglioramento dell'overjet, a Mc Namara, che sostiene che quattro casi su cinque di II classe sono dovuti a retrusione mandibolare sulla linea A-Pogonion. La percentuale di avanzamento mandibolare nella letteratura dimostra valori di 2 mm nel 40% di correzioni della II classe.
All'ottavo congresso Sinet il dottor **Giuliano Maino**, attuale presidente dell'Accademia italiana di ortodonzia, aveva parlato del recupero dello spazio e del controllo della dimensione verticale, precisando come nelle II classi i risultati possono dipendere da vari fattori quali quelli genetici, l'età del paziente e il suo grado di collaborazione, le caratteristiche della divergenza, la durata della terapia, la crescita residua, la quantità di forze applicate, l'influenza dei tessuti molli.
Riguardo le non estrazioni, d'obbligo curarne le condizioni, con una diagnosi accurata, un piano terapeutico con esatte scelte di biomeccanica, controllo della crescita, valutazione del tipo di ancoraggio.
Se non vi è collaborazione occorre cercare l' ancoraggio scheletrico.
Tra i vari tipi l'oratore preferisce le miniviti (miniscrews = Ms) motivandone le ragioni: si superano i limiti convenzionali; i risultati finali sono predicibili; la terapia ortodontica è semplice e rende più soddisfatto il paziente e i genitori.
Ha presentato poi la sua tecnica (Simultaneous upper molar distalization system: Sumodi) descrivendola step by step con una ricca, precisa ed eccellente casistica clinica.
Si possono distalizzare insieme da uno a tre denti: l'analisi al Ct-Scan ha confermato come i secondi premolari abbiano radici più vestibolari del primo premolare e sistemando le miniviti inclinate a 30 gradi si ottenga la distalizzazione dei quinti senza bisogno di mettere i brakets.
Maino ha portato una sua ricerca su 350 Ms pubblicata su *Progress in Orthodontics,* con il 90,6% di successi.

Biomateriali in chirurgia orale

Sabato 19 novembre a **La Spezia** (Jolly Hotel del Golfo) il dottor **Luciano Falchetta**, presidente di Aio Toscana, terrà un corso teorico incentrato sull'utilizzo dei biomateriali in chirurgia orale, analizzandone nel dettaglio applicazioni e potenzialità.
«L'ingegneria tissutale potrà rappresentare un domani non lontano un normale ausilio per il clinico, che potrà manipolare tessuti precostituiti in laboratorio e utilizzare proteine morfogenetiche precursori del tessuto osseo - spiega il relatore -. Oggi è possibile avvalersi di molte tecniche chirurgiche incrementali con l'ausilio dei biomateriali, che garantiscono in maniera predicibile interventi di parodontologia e implantologia anche in situazioni anatomiche sfavorevoli, consentendo il successo terapeutico» ci ha detto l'esperto, che nella sua pratica professionale si occupa prevalentemente di chirurgia orale con specifico interesse per la risoluzione di casi complessi che prevedano trattamento di gravi atrofie ossee dei mascellari.

Per informazioni

Dott. Luciano Falchetta
Tel. 0585.788812
info@lucianofalchetta.it

XXX Congresso Internazionale Aiop

Il trentesimo congresso della Società italiana di odontoiatria protesica (Aiop) si terrà **a Bologna**, presso il Palazzo della Cultura e dei Congressi, **da giovedì 17 a sabato 19 novembre**. Particolarmente accattivante il titolo di questa edizione: «Ritorno dal futuro. Riscoprire i fondamentali in un'era di tecnologia». È lo stesso presidente della società scientifica, **Maurizio Zilli**, a spiegarcene il significato: «In ogni ambito umano il futuro viene costruito sul passato: quanto più tumultuosa è l'evoluzione tecnica e scientifica, tanto più è necessario riaffermare i principi fondamentali, prima di ripartire, come è giusto, verso il futuro. Questo vale per i giovani, che rischiano di edificare la propria professione senza fondamenta, e per i più esperti, che devono poter armonizzare la propria consolidata pratica con le nuove tecnologie e i nuovi materiali. La tecnologia rappresenta una grande risorsa - continua Zilli - e sarà sempre più presente nell'ambito protesico: oggi siamo in grado di ottenere strutture protesiche grazie a procedure virtuali che vanno dalle impronte alla realizzazione delle travate, domani forse avremo delle macchine che prepareranno i denti e altre che potranno riprodurli, ma difficilmente la tecnologia potrà gestire i rapporti fra la protesi e le altre branche dell'odontoiatria; sicuramente non potrà vicariare il rapporto clinico-odontotecnico-paziente che, sempre e comunque, definisce la personalizzazione del piano di trattamento e la qualità ultima del lavoro protesico. A questo ci riferiamo parlando di riscoprire i fondamentali: all'interazione fra le varie discipline odontoiatriche e l'odontoiatria protesica, all'insegna della centralità del paziente».
Il congresso sarà strutturato in sessioni, sarà preceduto da un corso precongressuale di alto livello e vedrà svolgersi collateralmente ai lavori principali due corsi di aggiornamento: uno sulla protesi totale, l'altro sulle tecnologie digitali.

LE SESSIONI CONGRESSUALI

La prima sessione clinica del congresso si occuperà di analizzare i fondamentali del pilastro protesico. La frequenza con la quale il pilastro protesico è un elemento vitale e strutturalmente integro risulta sempre minore, grazie all'affidabilità e alla diffusione delle soluzioni implantari. Ma esistono, per contro, diverse situazioni in cui elementi dentari compromessi entrano nel piano di trattamento protesico per motivazioni varie, e per i quali deve essere garantita l'affidabilità nel tempo. Durante questa sessione verranno allora esaminati i requisiti fondamentali endodontici, ricostruttivi e parodontali necessari per condizionare positivamente il successo a lungo termine.
Seguirà poi un'attenta riflessione sull'aspetto estetico in odontoiatria protesica, puntando sull'interazione fra le competenze chirurgiche e quelle protesiche per coniugare l'integrazione tissutale dei restauri con una prognosi favorevole. Cosa può fare il chirurgo per creare un "ambiente" favorevole al protesista? E cosa può fare il protesista per condizionarlo e mantenerlo? Queste le due domande che guideranno la discussione.
In parallelo si svolgerà la sessione dedicata esclusivamente agli odontotecnici: «Protocollo operativo per il laboratorio odontotecnico: dalla filosofia alla pratica».
Chiuderà i lavori la mattinata del sabato, prevista in sessione comune, sulla corretta comunicazione fra studio e laboratorio come anello fondamentale nella catena per il successo protesico.

IL CORSO PRECONGRESSUALE

Nella giornata di giovedì 17 novembre si terrà il corso precongressuale dal titolo «Implantologia osteointegrata: ancoraggio o strumento per ripristinare l'omeostasi morfo-funzionale?», tenuto dai dottori Gaetano Calesini e Agostino Scipioni e dall'odontotecnico Roberto Canalis.
È sufficiente lavorare in team per avere ottimi risultati? La domanda non è retorica, il team work in implantoprotesi presuppone un'organizzazione rigorosa, una condivisione dello studio del caso e degli obiettivi della terapia e un'attenta pianificazione operativa. Tutti questi aspetti verranno partecipati con la platea da una squadra di relatori che in maniera quasi pionieristica ha affrontato dal suo nascere l'implantoprotesi con questo approccio, anticipando i concetti di implantologia protesicamente guidata e utilizzando gli impianti non come virtuosismo chirurgico ma come supporto restaurativo a fini protesici, dunque mantenendo la centralità del piano di trattamento protesico a partire dalla progettazione per terminare con l'esecuzione tecnica che assicuri al paziente estetica e funzione ottimali.

Per informazioni

PLS Educational
Tel. 055.24621 - Fax 055.2462270
aiop@promoleader.com - www.aiop.com

Dental Village

› *Carmine Anzisi*

Progecta, azienda napoletana che opera nel settore fieristico e del turismo, ha organizzato **dal 25 al 27 ottobre a Napoli**, presso la Mostra d'Oltremare, un evento che ha l'obiettivo di coinvolgere tutto il mondo dell'odontoiatria, dai professionisti all'équipe odontoiatrica, fino alle aziende che operano nel settore. «La manifestazione prenderà il nome di "Dental Village", sarà completamente nuova, ma si avvarrà della collaborazione di consolidate esperienze professionali ed organizzative» ci ha spiegato il dottor **Carmine Anzisi**, presidente di Andi Napoli e responsabile dell'evento. La direzione commerciale è invece affidata al dottor **Cesare Trabucco**, già driver del DentalGo e sicuro supporto per le aziende.
Gli eventi culturali e scientifici si svolgeranno sotto la supervisione della commissione scientifica di Andi Napoli e l'ingresso sia alla parte merceologica-fieristica sia alle sessioni scientifiche sarà sempre gratuito.
Contemporaneamente a Dental Village verrà organizzata la quarta edizione di Pharmexpo, una fiera già ben consolidata e strutturata, sia come presenza di aziende che come presenza di pubblico, che abbraccia sia il settore farmaceutico che medico in generale. «Fondere due manifestazioni che già singolarmente richiamano pubblico e suscitano interesse sarà una sicura garanzia di successo - ha commentato Anzisi -. Andi Napoli ha inteso intraprendere questa iniziativa come il proprio contributo alla ripartenza della città di Napoli e in particolare di tutto il nostro settore» ha concluso l'odontoiatria.

Per informazioni

Progecta srl
Tel. 081.7640032 - Fax 081.2451769

Polizze sanitarie in caso di malattia

Quale precauzione in caso di piccoli (e gravi) problemi di salute? Per i liberi professionisti è necessario essere prudenti e prevedere eventuali periodi di forzata inattività dal lavoro

Per i liberi professionisti italiani (odontoiatri compresi), un infortunio o un ricovero in ospedale, anche per motivi non gravi, possono trasformarsi in una vera e propria sciagura, che li costringe a interrompere le attività del proprio studio e subire una pesante perdita di reddito. Chi vuole essere previdente, però, può proteggersi da questi rischi attraverso una delle tante polizze sanitarie vendute in Italia. Ecco una guida per orientarsi tra i prodotti disponibili sul mercato.

Un improvviso ricovero in ospedale, per un infortunio o una malattia, magari non gravi, ma che costringono a stare immobilizzato a letto per giorni e giorni. È un inconveniente della vita quotidiana che, per i liberi professionisti italiani (odontoiatri compresi), può trasformarsi davvero in un incubo. Chi sceglie la vita del lavoratore autonomo, com'è ovvio, non ha la certezza di percepire uno stipendio fisso a fine mese. Dunque, un interrogativo è d'obbligo: cosa potrebbe accadere a un odontoiatra che, per motivi di salute, si trova improvvisamente costretto ad assentarsi dal proprio ambulatorio per un lunghissimo periodo? Il rischio di veder crollare il giro d'affari dello studio, a meno che non vi siano validi collaboratori pronti a sostituire il titolare, è davvero piuttosto concreto.

Per i liberi professionisti, dunque, gli infortuni o le mattie possono sempre pesare come macigno sul portafoglio (oltre che sulla salute) e provocare una vertiginosa riduzione del loro tenore di vita. Tuttavia, a chi vuole mettersi al riparo da tali imprevisti, il mercato assicurativo italiano offre da tempo alcune apprezzabili soluzioni. Sono le polizze sanitarie, cioè dei contratti che, a fronte del pagamento di una somma di denaro (che si chiama premio) permettono di essere assistiti dalla propria compagnia nel caso di un infortunio o di un improvviso ricovero in ospedale.

Le polizze con diaria

In Italia esistono diverse tipologie di polizze sanitarie. Le più indicate per i lavoratori autonomi sono probabilmente quelle con la diaria, che permettono all'assicurato di percepire dall'impresa assicurativa un assegno in denaro per ogni giorno di ricovero in ospedale (o, in alcuni casi, anche per tutto il periodo di assenza dal lavoro, comprensivo anche della successiva convalescenza a casa).

La somma erogata quotidianamente dalla compagnia si aggira di solito tra i 25 e i 120 euro al giorno e serve per compensare (almeno in parte) la perdita di guadagno che un professionista subisce a causa della malattia.

I premi delle polizze con diaria sono molto variabili e dipendono da diversi fattori, a cominciare dall'ammontare dell'indennizzo stabilito dal'impresa assicurativa. In linea di massima, comunque, le tariffe variano tra un minimo di 150 e un massimo di oltre 1.000 euro all'anno per i prodotti più complessi.

Le polizze a rimborso

Chi vuole usufruire di maggiori coperture assicurative, oltre a percepire la semplice diaria, trova sul mercato anche altri tipi di polizze. Le più diffuse sono quelle che consentono di ottenere il totale rimborso delle spese mediche presso delle strutture ospedaliere private. Nello specifico, il sottoscrittore della polizza versa ogni anno una somma di denaro (premio) alla compagnia assicurativa e quest'ultima, come contropartita, si impegna a rimborsare al cliente, in caso di necessità, le spese per qualsiasi intervento chirurgico o per un ricovero in una clinica privata, resosi necessario per effettuare degli accertamenti diagnostici o delle terapie di riabilitazione. Una complicatissima operazione al cuore come una semplice frattura, insomma, sono a totale carico della compagnia. Di solito, la casa di cura viene scelta dalla stessa impresa assicurativa, che ha stipulato con diverse strutture sanitarie private di alta qualità (sparse su tutto il territorio nazionale) delle apposite convenzioni per l'assistenza ai propri clienti. Non di rado, tuttavia, le polizze sulla salute permettono agli assicurati di rivolgersi anche, in alternativa, a una clinica di loro fiducia. In quest'ultimo caso, però, le spese mediche devono essere pagate in anticipo dal paziente e vengono rimborsate dall'impresa assicurativa soltanto in un momento successivo. Inoltre, particolare tutt'altro che trascurabile, l'assistenza presso le strutture non convenzionate è garantita di solito in maniera parziale, sino a un massimo dell'80-85%. Non ci sono limiti, invece, per il numero di degenze: l'assicurato può infatti subire anche più di un ricovero durante l'anno, purché avvenga per ragioni serie e motivate.

Le convenzioni dell'Andi e dell'Enpam

Quasi tutte le compagnie assicurative che operano in Italia propongono ai clienti delle coperture contro gli infortuni e le malattie. Va detto, però, che gli odontoiatri italiani hanno a disposizione dei prodotti pensati apposta per loro, offerti ai propri iscritti dall'Andi (l'Associazione nazionale dei dntisti italiani) e dall'Enpam (l'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri).

Le polizze sanitarie dell'Andi (si vedano le tabelle pubblicate in queste pagine), sono state create attraverso una convenzione con il gruppo Cattolica Assicurazioni e prevedono diversi tipi di coperture, come dei risarcimenti in caso di infortunio, un indennizzo in denaro per gli eredi in caso di morte dell'odontoiatra, oltre alla classica diaria nell'eventualità di un ricovero in ospedale. Le tariffe variano tra 350 e oltre 1.300 euro all'anno circa, a seconda del grado di copertura scelta. Va ricordato, poi, che l'Andi offre ai propri iscritti anche dei prodotti simili destinati ai familiari del dentista o ai collaboratori dello studio.

Un po' diversi sono invece le polizze offerte dall'Enpam in convenzione con Unisalute (compagnia del gruppo Unipol). Si tratta di veri e propri piani sanitari che consentono di incassare una diaria giornaliera, se l'odontoiatra viene ricoverato in una struttura pubblica gratuita, oppure (in alternativa) di avere il totale rimborso delle spese mediche, nel caso in cui l'assicurato scelga di rivolgersi a una clinica privata convenzionata con l'impresa assicurativa.

Andrea Telara

I TIPI DI POLIZZE SANITARIE

Polizze con diaria: Sono contratti che, in caso di ricovero in ospedale dell'assicurato, permettono di ottenere la liquidazione da parte della compagnia di una somma di denaro (diaria), il cui importo si aggira di solito tra 25 e 150 euro euro ogni 24 ore. La diaria viene erogata per ogni giorno di degenza e serve per compensare la perdita di reddito causata dal ricovero in ospedale. Per questo, le polizze con diaria sono prodotti particolarmente indicati ai lavoratori autonomi.

Polizze a rimborso: Sono contratti assicurativi che, a fonte del pagamento di una somma di denaro (premio), permettono all'assicurato di ottenere il totale o parziale rimborso delle spese mediche sostenute per il ricovero presso strutture sanitarie private (in genere di alta qualità) convenzionate con la stessa compagnia. La copertura include anche alcune spese di post-degenza (ad esempio per medicinali ed esami di controllo).

Polizze con indennizzo: Sono prodotti che, a fronte del pagamento di un premio, permettono di ottenere dalla compagnia la liquidazione di un maxi-indennizzo in denaro (in genere fino a 200mila o 250mila euro) nel caso di un infortunio o di una malattia grave che comportino l'invalidità permanente dell'assicurato. Di solito, questo tipo di coperture vengono sempre abbinate anche a quelle con diaria o con rimborso delle spese mediche (descritte nei 2 punti precedenti)

COME SCEGLIERE UNA POLIZZA

Il profilo dell'assicurato

Le tariffe delle polizze assicurative dipendono sempre da diversi fattori, che influiscono sul profilo di rischio del cliente. Uno dei più importanti è il sesso dell'assicurato: in genere, le donne pagano una tariffa mediamente inferiore perché hanno meno probabilità di ammalarsi rispetto agli uomini. Il secondo fattore è l'età: il costo delle polizze infatti aumenta con l'avanzare degli anni. Infine, un elemento importante è il tipo di attività: chi svolge lavori di fatica (operaio, artigiano etc.) solitamente paga un permio superiore alla media perché corre un maggiore rischio di ammalarsi o infortunarsi.

La durata della polizza

Le polizze sanitarie possono avere una durata annuale o pluriennale (in genere sino a 5 anni). Durante tutto il periodo, la compagnia è tenuta ad assistere l'assicurato in caso di bisogno. Se però l'assicurato subisce un grave infortunio o contrae una malattia grave, dopo 12 mesi la compagnia ha sempre la facoltà di recedere dalla polizza (perché il profilo di rischio del cliente è cambiato)

Le clausole contro gli ammalati

Prima di sottoscrivere una polizza sanitaria, l'assicurato è obbligato a fornire alla compagnia qualsiasi informazione sul suo stato di salute. Di solito, le compagnie rifiutano a priori di assicurare persone che hanno già contratto patologie gravi come il cancro o l'Aids.

I massimali

Tra le clausole contenute nelle polizze sanitarie, ci sono i massimali, che limitano la copertura offerta dalla compagnia. Ad esempio, in caso di ricovero in ospedale, di solito l'impresa assicurativa è tenuta ad assistere il cliente soltanto se la degenza non supera la durata di 12 mesi. Per il rimborso delle spese mediche, invece, la compagnia liquida un indennizzo che non supera solitamente i 200-250mila euro.

Le franchigie

Molte polizze contengono anche delle franchigie, cioè delle clausole che limitano le coperture della compagnie quando il danno subito dall'assicurato è lieve. Ad esempio, la diaria di ricovero prevista da molti contratti viene liquidata soltanto se la degenza supera i 2 o 3 giorni. I day hospital sono dunque esclusi.

Le polizze riservate agli iscritti all'Enpam (convenzione con Unisalute)

Tipo di copertura	Premio annuo da pagare	Indennizzi e garanzie offerte
PIANO SANITARIO BASE	Under 40 170€ Over 40 420€	Rimborso spese per grandi interventi chirurgici (ad esempio per patologie oncologiche o cardiovascolari) presso strutture convenzionate con la compagnia assicurativa *oppure* diaria di 120€ per ogni giorno di ricovero se l'assicurato si rivolge a una struttura pubblica
PIANO BASE + INTEGRATIVO	Under 40 585€ da 41 a 79 anni 1.090€	Rimborso spese per ricovero (non solo per grandi interventi ma per diverse patologie) presso strutture convenzionate con la compagnia assicurativa *oppure* diaria aggiuntiva a quella base di 65€ per ogni giorno di ricovero se l'assicurato si rivolge a una struttura pubblica

Polizze dell'Andi anti infortuni e sulla vita per gli odontoiatri (convenzione con Cattolica Assicurazioni)

Tipo di copertura	Premio annuo da pagare	Indennizzi e garanzie offerte
Opzione 1	• 353€, di cui 186,04€ detraibili dall'assicurato ai fini fiscali	•100.000€ per morte •150.000€ invalidità permanente da infortunio •25€ diaria giornaliera inabilità temporanea •25€ diaria giornaliera ricovero per infortunio •25€ diaria giornaliera gesso •5.000€ rimborso spese di cura per infortunio •50.000€ contagio Hiv ed epatite B e C
Opzione 2	• 874€, di cui 563,75€ detraibili dall'assicurato ai fini fiscali	•250.000€ per morte •500.000€ invalidità permanente da infortunio •50€ diaria giornaliera inabilità temporanea •50€ diaria giornaliera ricovero per infortunio •50€ per diaria giornaliera gesso •7.500€ rimborso spese di cura per infortunio •100.000€ contagio Hiv ed epatite B e C
Opzione 3	• 1.384€, di cui 930,19€ detraibili dall'assicurato ai fini fiscali	•500.000€ per morte •750.000€ invalidità permanente da infortunio •75€ diaria giornaliera inabilità temporanea •75€ diaria giornaliera ricovero per infortunio •75€ per diaria giornaliera gesso •10.000€ rimborso spese cura per infortunio •150.000€ contagio Hiv ed epatite B e C

La Clinica Malo sceglie il nuovo Kodak 9500

› *Paulo Malo*

Nata nel 1995 su iniziativa di Paulo Malo, la Malo Clinic è rapidamente divenuta una delle realtà più prestigiose nel mondo. Con i suoi quartieri generali di Lisbona, in Portogallo, e altre cliniche in tutto il mondo, la Malo Clinic tratta innumerevoli pazienti ogni anno e compie una grande varietà di procedure complesse all'interno delle sue grandi strutture ad alta tecnologia, soprattutto nelle branche dell'implantologia e della cosmetica dentale.

In particolare Paulo Malo e il suo team hanno l'obiettivo di sviluppare e migliorare le soluzioni riabilitative parziali e complete per i pazienti edentuli creando una tecnica chirurgica innovativa, componenti per gli impianti e protocolli clinici. Un percorso di ricerca che ha portato allo sviluppo del rivoluzionario concetto All-on-4, sviluppato proprio alla Malo Clinic e oggi ampiamente utilizzato in tutto il mondo per il trattamento dei pazienti edentuli.

Gli interventi della Malo Clinic possono vantare uno standard veramente alto, con una percentuale di successo degli impianti eseguiti davvero impressionante, compresa tra il 95 e il 99%.

FASE DIAGNOSTICA E PLANNING PREOPERATORIO

Soprattutto in ambito implantare, ma non solo, la fase diagnostica ha una grande importanza. Ecco perché è importante utilizzare i migliori prodotti di imaging. «È imperativo disporre dei migliori strumenti di diagnostica e provvedere rapidamente ed efficacemente al trattamento dei nostri pazienti» spiega Paulo Malo, che considera il sistema Kodak 9500 la migliore scelta per sfruttare al meglio l'innovazione tecnologica e le continue novità in implantologia, riabilitazione orale ed estetica. Utilizzando la tecnologia cone beam di tomografia computerizzata (Cbct), il sistema Kodak 9500 permette alle immagini di essere catturate in una sola volta, riducendo così il tempo di acquisizione a vantaggio della valutazione. In più il sistema offre alta precisione senza informazioni diagnostiche lacunose e tutto ciò utilizzando una dose significativamente bassa di radiazioni.

Il team della Malo Clinic trova che il sistema Kodak 9500 non solo offre la più alta qualità di immagine con la più bassa dose di radiazione possibile, ma è anche fornito di numerose caratteristiche che promuovono la sua efficienza. La qualità di immagine del sistema e la bassa dose di radiazione sarebbero già aspetti sostanziali

› *L'esterno della Malo Clinic di Lisbona, in Portogallo*

per scegliere questa macchina; nonostante ciò, Paulo Malo accentua anche il risparmio di tempo che si ottiene dall'utilizzo della macchina.

Insieme a tutti i vantaggi del sistema, Paulo Malo sottolinea quelli del software inclusi nell'unità: «Il programma è molto intuitivo e permette agli utenti di ottenere facilmente viste tridimensionali da una moltitudine di punti di vista e di fette tomografiche. Questo permette di selezionare il tipo di tessuto che si vuole esaminare, prendere misure, e persino pianificare l'inserimento di impianti in ambiente virtuale. Tali caratteristiche non sono solo utili per la pianificazione chirurgica, ma possono anche essere molto efficaci per illustrare il trattamento ai pazienti» commenta il chirurgo.

È per tutti questi motivi che la Malo Clinic ha deciso di installare il sistema Kodak 9500 per gestire l'imaging nelle sue cliniche, offrendo la loro collaborazione al team di ricerca e sviluppo di Carestream Health per progetti futuri e per migliorare ancora le caratteristiche delle apparecchiature esistenti e i loro software.

CalabroDental in Albania con la sua odontoambulanza

Ancor oggi in molte nazioni come l'Albania più del 40% della popolazione adulta è edentula. Per questo motivo la casa di cura CalabroDental di Crotone, su iniziativa del suo direttore sanitario **Massimo Marrelli**, ha definito un progetto di cooperazione internazione, l'International Oral Care, che mira a portare le competenze mediche-odontoiatriche della clinica nei Paesi che ancora oggi non riescono a sopperire alla richiesta sociale di salute orale.

La prima missione si svolgerà a Scutari, in Albania, Paese il cui sistema sanitario non garantisce una corretta cura delle patologie odontoiatriche che interessano la popolazione. Studi dell'Organizzazione mondiale della sanità, infatti, riportano un indice DMFT pari a 7 negli adolescenti di 7-10 anni.

Oltre ad eseguire trattamenti medici inerenti le diverse branche dell'odontoiatria, verrà inoltre eseguita una campagna di prevenzione delle patologie orali, sarà fatto uno screening di massa per le patologie oncologiche del cavo orale e verranno creati dei programmi di scambio culturale.

Il progetto di cooperazione sarà il palcoscenico internazionale in cui farà il suo esordio l'odontoambulanza, vero fiore all'occhiello della casa di cura. L'unità rappresenta un vero e proprio studio odontoiatrico mobile, dotato delle più innovative e moderne attrezzature mediche.

Programma sorridente, prevenzione nelle scuole

«La promozione della salute orale nel paziente in età evolutiva» è il titolo della relazione presentata in occasione della X edizione del congresso nazionale dei corsi di laurea in igiene dentale, tenutosi lo scorso giugno a Palermo.

Le relatrici, le dottoresse **Augusta Pozzi**, psicologa psicoterapeuta ed esperta di psicologia infantile, e **Maria Ruth Piscopo**, coordinatrice di vari progetti di promozione della salute orale della città di Palermo, hanno dimostrato come insegnare la corretta igiene orale divertendo si può. È quello che in questi nove anni scolastici, e altrettante edizioni del Programma sorridente, ha cercato di dimostrare la ricerca *elmex*, che vanta all'attivo oltre 400 mila bambini raggiunti attraverso le sue lezioni-gioco nelle scuole.

UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE ORALE

«Un sorriso a venti denti è un progetto di prevenzione ed educazione all'igiene orale che si pone come obiettivo principale quello di interessare i bambini ad un argomento poco trattato, la propria igiene orale - precisa la dottoressa Pozzi -. Dunque ai bambini attraverso situazioni strutturate e diversificate, a seconda dell'età e quindi della capacità cognitiva, vengono esposti concetti di salute orale quali la struttura del dente, la sua pulizia, come mantenere i denti sani, cos'è la carie» conclude la psicologa.

IN LINEA CON GLI OBIETTIVI OMS

«La salute orale è considerata una componente essenziale della salute generale, e ha un'importanza rilevante per la qualità della vita» ci ricorda la dottoressa Piscopo.

L'Organizzazione mondiale della sanità aveva già messo in risalto come, nonostante la salute orale sia in netto miglioramento nei paesi industrializzati, la carie dentaria rimane ancora oggi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. In particolare l'Oms stabiliva l'obiettivo "niente carie" per il 90% dei bambini di 5-6 anni entro il 2015.

Il fine allora è quello di intervenire su una fascia della popolazione in cui la capacità di apprendimento di nuove abitudini è massima. «È questo lo scopo che si prefigge il progetto di educazione, promozione e tutela della salute orale "Un sorriso a venti denti" – sottolinea l'esperta -. L'impostazione psico-pedagogica e il contenuto informativo-educativo delle lezioni, i materiali didattici di supporto, i giochi, la comunicazione appropriata all'età infantile e scolare, rappresentano i punti cardine dell'iniziativa».

UNIVERSITÀ E LIBERI PROFESSIONISTI

Il Programma sorridente è un'iniziativa promossa dalla ricerca *elmex* in collaborazione con i principali istituti universitari di odontoiatria e igiene dentale, a cui si aggiungono sempre più numerosi i professionisti che spontaneamente chiedono di aderire al progetto.

In particolare, l'attività dei professionisti del settore odontoiatrico ha subito un'impennata in questa edizione, coinvolgendo oltre 65 mila bambini, incrementando così i contatti totali rispetto alla scorsa edizione del 40%.

Premio Gaba 2011 all'Università del Piemonte orientale

Al decimo congresso della Commissione nazionale dei corsi di laurea in igiene dentale, tenutosi a Palermo lo scorso giugno, è stato proclamato il vincitore dell'edizione 2011 del Premio Gaba, che è andato all'Università degli studi del Piemonte orientale "A. Avogadro", che ha partecipato alla selezione con un protocollo di ricerca intitolato «Ipersensibilità dentinale strategie a confronto. Trattamento dell'ipersensibilità dentinale mediante l'utilizzo di desensibilizzanti ad uso topico. Studio sperimentale *in vivo* e microstrutturale». L'ambito riconoscimento, arrivato alla nona edizione, è stato ritirato dal professor **Mario Migliario**, coordinatore del Clopd e ricercatore presso l'Università degli studi del Piemonte orientale.

Lo studio vincitore del Premio Gaba si pone l'obiettivo di testare la capacità di remineralizzazione della dentina e di occlusione dei tubuli dentinali esposti, di vari principi attivi desensibilizzanti presenti in paste dentifricie, quali fluoruro, idrossiapatite nanostrutturata e gel contenenti ossalati di potassio. Nei prossimi mesi verrà valutata inoltre la relativa efficacia nel ridurre la permeabilità della dentina e la sintomatologia associata alla sensibilità dentinale. Ora i ricercatori dovranno mettersi al lavoro per verificare nella pratica quanto teorizzato. I risultati della ricerca verranno presentati tra un anno esatto.

I RISULTATI DEL PROTOCOLLO DEL 2010

Nel corso dello stesso evento sono stati presentati i risultati del protocollo di ricerca che ha vinto l'edizione dello scorso anno. Titolo della relazione era «Alitosi ed epatopatie: indagine orale, parodontale e alitometrica. Ruolo dell'igienista dentale». Gli autori del lavoro, **Giuseppina Campisi**, **Giovanna Giuliana**, **Anna Musciotto** e **Giuseppe Pizzo**, hanno rilevato la frequenza dell'alitosi nei soggetti epatopatici rispetto a un gruppo controllo non affetto da epatopatie, e verificato se l'epatopatia, a parità delle variabili anamnestiche e intraorali esaminate, possa considerarsi un fattore di rischio per l'alitosi.

Lo studio non ha riscontrato differenze statisticamente significative in termini di alitosi tra i due gruppi di studio. Dalla ricerca si evince dunque che l'evento alitosi è sovrapponibile nei due gruppi in studio in termini di frequenza e di variazioni qualitative e quantitative di Vsc.

Sebbene in presenza di una limitata misura campionaria, l'alitosi, in entrambi i gruppi di studio, è risultata essere essenzialmente a eziologia orale, essendo essa correlata a scarsa igiene orale, presenza di patina linguale e malattia parodontale. La patologia epatica (in assenza di encefalopatia) non sembra essere, pertanto, un fattore di rischio determinante per la comparsa di alitosi.

American Academy of Pediatric Dentistry
Un meeting di grande impatto scientifico

Lo scroso maggio si è tenuto a New York il 64° incontro annuale della prestigiosa American Academy of Pediatric Dentistry (Aapd), dove docenti di odontoiatria pediatrica, odontoiatri ospedalieri, studenti e liberi professionisti provenienti da tutto il mondo si sono dati appuntamento per confrontarsi, aggiornarsi e discutere sulle nuove tecniche e le più recenti scoperte per ciò che concerne l'odontoiatria infantile.

Nel cuore della dinamica ed elegante Manhattan, a ridosso delle luci di Time Square, gli Hotel Hilton e Sheraton hanno ospitato le numerose e interessanti conferenze che si sono susseguite durante i quattro giorni di intensi lavori congressuali. Un totale di oltre quattromila odontoiatri, prevalentemente specialisti in "pediatric dentistry", hanno preso parte all'evento, dividendosi nelle ampie sale congressuali a seconda della relazione e dell'oratore che intendevano ascoltare.

Nel corso precongressuale il dottor **John Rosemond** ha illustrato la propria personale teoria di gestione del comportamento del bambino da parte del genitore: tre le sue chiavi di successo, tutte ugualmente importanti, da lui definite come "gambe", ognuna parte di un tripode della disciplina in grado di sgretolarsi qualora una di queste venisse meno. Si tratta della comunicazione autoritaria, dell'esigenza nel risultato che ne consegue e della costanza nella fermezza.

Come ogni anno, al termine della giornata di conferenza precongressuale, è stata organizzata la "Welcome Reception", una serata di svago caratterizzata da ricchi e variegati cibi a buffet, spettacoli e musica per dare il benvenuto a tutti i partecipanti (e ai loro eventuali ospiti) che hanno modo di incontrarsi e trascorrere qualche ora in piacevole compagnia.

I lavori si sono aperti il giorno successivo con l'intervento della nota giornalista e scrittrice americana **Deborah Norville**, che ha sottolineato la forza antistress e il potere di benessere sprigionati dalla gratitudine e dallo spirito costruttivo di coloro che, nella vita quotidiana, hanno imparato a sottolineare gli aspetti positivi e non quelli negativi, ad apprezzare gli eventi buoni, senza rimarcare esclusivamente quelli avversi. Pervasa da questo entusiasmo e spirito vincente, la platea ha successivamente ascoltato il saluto del presidente dell'Aapd, il dottor **John Liu**, che ha inaugurato il congresso.

Il programma scientifico si è articolato in sessioni mattutine e pomeridiane; sia il primo che il secondo giorno dei lavori congressuali sono stati previsti sei differenti "hot topics", temi e concetti caldi a 360 gradi, ognuno discusso da uno o più clinici in una delle sei sale che hanno ospitato i relatori e i partecipanti. Tra gli argomenti trattati: i materiali da restauro per i decidui e permanenti, le cellule staminali e loro applicazioni attuali e future, l'odontoiatria forense, l'ortodonzia intercettiva, la gestione del bambino più piccolo.

Da rimarcare l'ampio successo ottenuto anche quest'anno dai frequentatissimi format chiamati "miniclinics" e "string of perls". Si tratta, nel primo caso, di brevi relazioni volte ad aggiornare l'odontoiatra pediatrico circa nuovi materiali e loro applicazioni cliniche, tecnologie innovative utilizzate evidenziandone gli aspetti negativi e positivi, metodologie sperimentali e tutto ciò che di nuovo e interessante è stato possibile reperire durante l'ultimo anno. Le "Perls" sono invece "perle di saggezza", ovvero consigli utili da applicare nella pratica quotidiana, dove in un tempo limitato si avvicendano una decina di relatori che illustrano come hanno risolto in modo brillante un caso particolare o una situazione difficile, fornendo alla platea idee vincenti per gestire al meglio situazioni analoghe.

Nel terzo e ultimo giorno di lavori congressuali si sono svolti due importanti simposi: uno riguardante linee guida e misure preventive aggiornate per il controllo delle infezioni, e l'altro, interessantissimo, inerente alla sedazione orale e inalatoria nel paziente pediatrico: farmaci, protocolli e letteratura.

L'area riservata agli espositori, divisa su due piani, contava ben 120 aziende che presentavano i loro prodotti, volti a gestire il piccolo paziente nell'ambiente odontoiatrico in ogni possibile situazione, spaziando da arredamenti per lo studio appositamente creati per intrattenere i bambini a coroncine preformate, da simpatici ausili per l'igiene orale dei più piccoli a materiali colorati da otturazione per gli elementi decidui, da macchinari per registrare i parametri vitali durante le sedute in sedazione cosciente ad apparecchi e dispositivi mobili per intercettare precocemente malocclusioni da abitudini viziate.

La ricca sessione di ricerca dedicata ai poster ha contato circa 300 lavori scientifici, provenienti dalle più importanti università statunitensi e straniere, suddivisi per argomento. Anche l'Italia è stata presente, partecipando con uno studio dal titolo «Preschool children's psychological impact of inhalation dental treatment» condotto dall'Università di Chieti e presentato sotto l'egida della Società italiana di odontoiatria infantile (Sioi).

Il congresso americano dell'Aapd rappresenta, senza ombra di dubbio, un evento educativo di straordinario valore, sia sul piano professionale che umano, nonché un'esperienza che arricchisce ed entusiasma chi vi prende parte.

› *Qui sopra, il poster presentato dall'Università di Chiedi al congresso dell'American Academy of Pediatric Dentistry, dal titolo «Preschool children's psychological impact of inhalation dental treatment»*

Sara Rosanna Arcari
Perfezionata in ortodonzia intercettiva e odontoiatria mininvasiva
Membro del consiglio direttivo Sioi

Tecnologia giapponese per i dentisti italiani

La qualità paga, nonostante la crisi: è il caso di Kuraray Italia, azienda fortemente orientata verso ricerca e innovazione e ancora capace di guadagnare quote di mercato

› *Fabio Regazzoni*

Tre anni fa, nel pieno della crisi economica che ha investito anche il nostro Paese, Il gigante Giapponese Kuraray ha deciso di espandere la propria presenza in Europa tramite l'apertura della filiale Italiana. I suoi prodotti per l'odontoiatria si sono rapidamente diffusi sul mercato italiano, distinguendosi per l'alta qualità, e quello che sembrava una scommessa azzardata si è trasformata in un successo.
Italian Dental Journal ha intervistato Fabio Regazzoni, amministratore delegato di Kuraray Dental Italia srl, per guardare dall'interno una delle realtà del mercato odontoiatrico e comprendere le strategie aziendali dei grandi gruppi in questo settore.

Dottor Regazzoni, ci spiega in breve cosa si cela dietro il brand Kuraray e in particolare nel settore dentale?
Kuraray Corporation, fondata nel 1926 in Giappone, è una multinazionale che conta circa settemila dipendenti nel mondo, ha sede a Tokyo ed è presente in diversi ambiti produttivi del settore chimico.
Una parte minoritaria del fatturato di Kuraray, ma strategicamente importante, è rappresentata dai prodotti dentali.

Che tipologia di prodotti proponete e da cosa sono caratterizzati? Quali sono i più innovativi e i più apprezzati dai dentisti italiani?
La gamma di prodotti Kuraray si caratterizza per una costante fondamentale: l'elevata qualità e la loro facilità d'uso.
Da un punto di vista merceologico, la nostra gamma di prodotti si focalizza essenzialmente nell'area dell'odontoiatria conservativa.
In particolare, gli adesivi Kuraray a due passaggi "self-etching", primo tra tutti Clearfil SE Bond, hanno fatto la storia della moderna adesione in odontoiatria. Ma non possiamo dimenticare i cementi, che grazie al marchio Panavia hanno fatto di Kuraray un leader indiscusso in questo segmento di mercato.

Oltre ai prodotti svolgete un'attività di servizio per gli odontoiatri. Come si configura questa attività?
Kuraray si pone nel mercato come un'azienda anche di supporto alla classe odontoiatrica: pertanto cerchiamo, con la collaborazione delle università e di importanti opinion leader, di trasmettere a tutta la comunità odontoiatrica le principali novità scientifiche del settore e quindi permettere un pronto aggiornamento professionale degli odontoiatri.

Come avviene il rapporto con le istituzioni di ricerca e in che modo vi occupate di formazione?
Per Kuraray il rapporto con le università italiane e le associazioni scientifiche è di primaria importanza, soprattutto per l'elevata considerazione che l'azienda nutre nei confronti di questi soggetti.
Recentemente abbiamo iniziato un rapporto di collaborazione con le maggiori università nell'ottica della formazione della futura classe odontoiatrica italiana. A breve amplieremo questo rapporto di collaborazione anche con tutti gli altri atenei del nostro Paese.
L'obiettivo è quello di supportare con donazione di prodotti e organizzazione di lectures scientifiche all'interno delle università una completa e moderna formazione degli studenti.

Quali particolarità del mercato odontoiatrico italiano hanno spinto la Kuraray a scegliere Milano come avamposto europeo della sua attività?
Come tutti sappiamo, il mercato dentale italiano è il secondo per dimensioni in Europa. Ma oltre alla valutazione quantitativa del mercato italiano e quindi alla sua importanza, Kuraray ha giudicato come elemento fondamentale per la sua presenza diretta in Italia il livello qualitativo dell'odontoiatria qui praticata. Dobbiamo essere consci che i picchi di eccellenza odontoiatrica in Italia non hanno facilmente riscontro in altre parti del mondo. Kuraray ritiene che collaborare con gli odontoiatri italiani sia fondamentale soprattutto per capire i trend futuri del settore e permetterci di sviluppare prodotti sempre migliori e sempre più innovativi.

A tre anni dall'arrivo in Italia della Kuraray, ci può tracciare un bilancio dell'attività svolta e degli obiettivi raggiunti?
Quando abbiamo iniziato la nostra presenza diretta sul mercato italiano, alla fine del 2008, ci siamo trovati davanti la grande crisi economica che ha colpito tutti i mercati internazionali e che tuttora si fa sentire. Ebbene, nonostante ciò i risultati di Kuraray Italia sono stati eccellenti e soprattutto in linea con gli obiettivi strategici che ci eravamo posti.
Questa a mio giudizio è la conferma che il mercato italiano premia comunque, indipendentemente dalla situazione economica del Paese, la qualità dei prodotti e delle aziende che lavorano bene.
Adesso ci aspettano nuovi importanti traguardi a cominciare dal recente accordo stipulato con Noritake, un'altra grande azienda giapponese presente soprattutto nel settore delle ceramiche, che ci permetterà di ampliare la nostra presenza con nuovi prodotti ma con una filosofia imprenditoriale che rimane quella di sempre: soddisfare appieno le esigenze e le aspettative dei nostri clienti.

R. T.

Eccellenza e qualità nei processi produttivi

Un giorno in Johnson & Johnson: full immersion nell'eccellenza della realtà produttiva dello stabilimento di Santa Palomba-Pomezia

Stiamo vivendo un periodo difficile. Da ogni parte del mondo arrivano segnali negativi e di incertezza sul futuro: le grandi potenze sono obbligate a rivedere la loro struttura e definire nuove e più trasparenti strategie di politica economica. I paesi Nordafricani rivendicano quel diritto alla libertà che per anni era stato negato da dittature spesso tollerate – per non dire altro - dal mondo occidentale. Altri paesi dell'est arrancano nel loro processo di creazione dei valori alla base dell'essere "nazione".
Sono venute meno le certezze su cui poggiava la nostra convinzione di essere al riparo da ogni problema. È in atto una vera e propria rivoluzione copernicana, sia a livello economico-finanziario che in riferimento agli stili di vita. Non c'è più spazio per l'inefficienza, lo spreco e neppure per tutti quei comportamenti, oggi così diffusi, che sono troppo lontani dai valori veri della famiglia, del lavoro, della tranquilla e positiva convivenza con gli altri.

Lo stabilimento

Questi sono i concetti che ho trovato già applicati in una realtà produttiva italiana: lo stabilimento Johnson & Johnson di Santa Palomba-Pomezia, a Roma. Si tratta di un sito produttivo di eccellenza, che attrae dal 2008 l'intera produzione europea del collutorio *Listerine*, con le sue 16 linee che trasformano e ne confezionano ogni anno circa 275 mln di flaconi. Inoltre lo stabilimento ospita, da circa quarant'anni, le produzioni di altri noti prodotti quali la linea *CareFree*, il *Baby Shampoo* e i mitici *Cotton Fioc*. È un vero e proprio fiore all'occhiello tra tutti i siti produttivi Johnson nel mondo.
L'ingegner Cristiani, plant manager, insieme al dottor Colabucci, amministratore delegato, e a tutto lo staff hanno spalancato le porte alla stampa specializzata per indicarci prima di tutto come Johnson abbia intrapreso un percorso comunicazionale nuovo di "azienda aperta". E - fatto non secondario - ci hanno espresso e fatto condividere l'orgoglio di essere italiani, creativi, ingegnosi, efficienti, competenti e assolutamente non spreconi.
Nel tour all'interno del sito non ho potuto fare a meno di notare come ogni cosa, anche la minima, non sia lasciata al caso ma disposta con la finalità di individuare e centrare ogni obiettivo:

- la ricerca continua della soddisfazione del cliente: indagini di mercato, analisi di laboratorio, produzione e distribuzione del prodotto;
- l'attenzione estrema al raggiungimento del più alto livello di qualità: verifiche sistematiche delle cariche batteriche, semplicità e standardizzazione dei processi;
- l'obiettivo dell'efficienza di processi: la prima fase di miscelazione della formula avviene con moltissimi controlli automatici e zero persone. Il prodotto finito passa in spedizione nell'arco al massimo di 24 ore dalla fine del processo, con una rotazione dei magazzini così alta da obbligare la catena di produzione ad essere super efficiente e praticamente senza fermi. Dall'ordine delle materie prime alla spedizione del prodotto trascorrono solo da due a quattro settimane;
- la quasi inesistenza di scarti di materie prime, semilavorati e prodotto finito: gli impianti sono modificati e affinati su indicazione dei tecnici interni dello stabilimento per ridurre al minimo l'avanzo di prodotto rimasto nelle tubazioni a ogni cambio di lavorazione;
- la sicurezza dei lavoratori: neppure un giorno di lavoro perso nel corso degli ultimi dieci anni;
- il rispetto dell'ambiente grazie all'utilizzo di forme di energia che non producono CO_2 e al corretto uso dei mezzi e del loro impatto. Lo stabilimento ha ottenuto anche un riconoscimento mondiale per sicurezza e salute dei dipendenti.

Listerine Zero

L'occasione per la visita all'impianto è legata al lancio di *Listerine Zero*, il nuovo collutorio adatto all'utilizzo per una fascia più larga di consumatori.
Listerine in Italia dal 2005, lanciato con l'idea di cambiare le abitudini di igiene orale degli italiani è arrivato presto a conquistare il mercato con circa otto milioni di bottiglie vendute. Alla luce di questi anni di successo del prodotto, Johnson & Johnson ha considerato di lanciare sul mercato una nuova formulazione dal gusto più delicato e senza alcol.
Le motivazioni di una scelta così radicale sono però altrettanto importanti: la nuova formulazione, infatti, è preferita da tutti coloro che apprezzano un gusto più delicato rispetto al gusto forte e deciso del *Listerine* classico, ed è inoltre più indicata per le persone che per stile di vita preferiscono prodotti senza alcol (alcolisti in terapia, pazienti islamici).
Listerine Zero può essere utilizzato anche dai bambini dai sei anni in su.
Listerine Zero, come gli altri collutori Listerine, contiene i quattro oli essenziali: mentolo, timolo, metilsalicilato ed eucaliptolo ma è privo alcol. Tale miscela di oli essenziali assicura una comprovata azione antibatterica contro i batteri causa di placca e disturbi gengivali.
La tecnologia di Listerine Zero ha permesso di solubilizzare e stabilizzare gli oli essenziali in soluzione acquosa grazie a una miscela di emulsionanti e surfattanti, assicurando un'elevata biodisponibilità e un ampio spettro d'azione contro batteri Gram+ e Gram- in assenza di alcol.
Studi *in vitro* e *in vivo* hanno confermato ancora una volta l'elevata efficacia dei quattro oli essenziali nella nuova formulazione Zero. *Listerine Zero* infatti elimina il 99% di batteri causa di placca in test di laboratorio e ha dimostrato in vitro di eliminare il 49% di placca in più rispetto a un collutorio contenente cetil-piridinio allo 0,05% senza alcol.
Oltre ai quattro oli essenziali, *Listerine Zero* contiene un'elevata concentrazione di fluoruro di sodio (220 ppm) che protegge e rinforza efficacemente lo smalto. L'azione del fluoruro di sodio nella formulazione liquida del collutorio consente di raggiungere tutte le superfici del dente, andando a proteggere lo smalto dalle cause di demineralizzazione e erosione più comuni, quali la produzione di acidi da parte della placca, l'assunzione di cibi o bevande acide, uno spazzolamento troppo vigoroso o frequente, la masticazione ecc.
La formulazione di *Listerine Zero* è stata progettata per massimizzare l'assorbimento di fluoruro da parte dello smalto grazie al raggiungimento a breve tramine di un livello di pH ottimale.
Le caratteristiche organolettiche che consentono a *Listerine Zero* di mantenere inalterata la sensazione di freschezza ma di diminuire il gusto forte e aggressivo del classico Listerine, assicurando un gusto più delicato e meno intenso.
Listerine Zero offre l'opportunità di ampliare la possibilità di scelta alla gamma Listerine a tutti coloro che desiderano completare la propria igiene orale dopo l'utilizzo di filo e spazzolino con l'uso di collutorio giornaliero.

Giuseppe Roccucci

Quando il paziente chiede denti bianchissimi

Dentifrici sbiancanti, trattamento domiciliare o seduta professionale? Il paziente non è sempre ben informato su questi trattamenti e spesso è alla ricerca di un bianco che va oltre il naturale

Per i pazienti è sempre più evidente il riconoscimento del sorriso come fattore estetico tra i più importanti; a volte li vediamo incorrere in qualche estremizzazione, come la moda del piercing o la recente follia giapponese dei denti illuminati a Led; è più frequente che venga fatta la richiesta di un bianco molto intenso, non importa se innaturale, basta che assomigli a quello dei divi di Holliwood e dei personaggi della tv.

È così che lo sbiancamento dei denti è diventato una pratica diffusa, soprattutto da quando è diventata accessibile a tutti, con la commercializzazione di diversi tipi di prodotto che oggi sono normalmente proposti nelle farmacie.

Come accade in numerose altre situazioni analoghe, le considerazioni estetiche e quelle sanitarie si intrecciano e la prima distinzione è quella classica: esistono trattamenti effettuati in studio e prodotti che possono essere utilizzati a domicilio, con qualche precauzione che l'odontoiatra non deve mancare di ricordare, sia quando il paziente ha terminato un trattamento sbiancante alla poltrona e chiede una "terapia di mantenimento", sia quando la richiesta è fatta a prescindere da sedute di sbiancamento professionale.

Il perossido di idrogeno

I prodotti sbiancanti per i denti si possono presentare in forme diverse: sono costituiti da strisce, da mascherine da adattare alle arcate dentali oppure da gel da applicare con un apposito pennello.

L'agente sbiancante è quasi sempre lo stesso: il perossido di idrogeno. Il composto è presente anche in dentifrici e collutori, dove agisce come disinfettante per prevenire le infiammazioni delle gengive e la formazione della placca. A fare la differenza è la concentrazione: in generale, più è alta e più aumenta il potere sbiancante del prodotto.

Ma cos'è il perossido di idrogeno? Si tratta di un composto chimico, costituito da idrogeno e ossigeno, molto reattivo e che di conseguenza viene ampiamente utilizzato per produrre a sua volta altre sostanze. In particolare, con l'urea, forma il perossido di carbamide, anch'esso impiegato come sbiancante o in certi prodotti per i capelli. Non solo l'efficacia, ma anche la sicurezza del perossido di idrogeno dipende dalla concentrazione ed è questa la ragione per cui i trattamenti sbiancanti intensivi devono essere effettuati con la cautela e la competenza del professionista.

Se in dosi molto elevate può essere persino mortale, quando è fortemente diluito il perossido di idrogeno è innocuo e non produce reazioni allergiche cutanee. All'aumentare della concentrazione può causare irritazione, specialmente agli occhi e, nel caso di sbiancanti dentali, alle gengive.

I prodotti in commercio

In base alla direttiva Europea per prodotti cosmetici (76/768/EEC), nei Paesi membri dell'Unione, i prodotti di igiene bucco-dentale dovrebbero essere venduti liberamente al pubblico solo se contengono perossido di idrogeno non superiore allo 0.1%, mentre negli Stati Uniti si possono trovare in vendita sbiancanti con concentrazioni più elevate. I prodotti utilizzati dal dentista contengono invece agenti sbiancanti in dosi più massicce. In studio si ricorre alla foto attivazione (lampada alogena, lampada al plasma, laser) in modo che venga ancor più accelerata la reazione chimico-fisica.

Il trattamento professionale, nella maggioranza dei casi, non provoca sensibilizzazioni al caldo e al freddo, anche perché se ci fossero situazioni dentali predisponenti alla sensibilizzazione, si preferisce risolverle prima del trattamento. Ad ogni modo, quando accadono durano per pochi giorni e sono tollerabili. Gli ottimi risultati non sono parogonabili alle metodiche domiciliarie o, tanto meno, a quelle acquistabili in farmacia.

DUE REVISIONI DELLA LETTERATURA

Sul *Journal of Dentistry* sono stati recentemente pubblicati i risultati di una revisione della letteratura scientifica con lo scopo di esaminare gli agenti sbiancanti utilizzati nei prodotti attualmente in commercio, le loro modalità di azione e la loro efficacia.

L'autore, l'odontoiatra inglese Andrew Joiner, sottolinea che una delle chiavi per il funzionamento dei dentifrici sbiancanti è la loro azione abrasiva. In generale, questi prodotti sono progettati per consentire un'efficace rimozione delle macchie estrinseche e aiutano a prevenire la formazione di nuove macchie senza provocare danni allo smalto. I dentifrici sbiancanti possono contenere principi aggiuntivi che aumentano l'efficacia degli agenti abrasivi aiutando la pulizia, la rimozione e la prevenzione delle macchie: oltre al perossido di idrogeno, sono a volte presenti enzimi, citrati, pirofosfato, esametafosfato e sbiancanti ottici.

Un'altra revisione, comparsa su *Dental Update*, si è focalizzata invece sulle metodiche professionali, a base di perossido di idrogeno o di carbamide. Ne emerge l'efficacia dei trattamenti sbiancanti, anche se gli autori ricordano che in molti casi, dopo qualche anno, il problema tende a ripresentarsi.

Joiner A. Whitening toothpastes: a review of the literature. J Dent 2010;38 Suppl 2:e17-24.

Burrows S. A review of the efficacy of tooth bleaching. Dent Update 2009 Nov;36(9):537-8, 541-4, 547-8 passim.

Come si diceva all'inizio, l'obiettivo qui non è quello di presentare le metodiche di sbiancamento alla poltrona, sulle quali certamente varrà la pena di presentare una disamina più approfondita e tecnica. Preferiamo metterci "dall'altra parte della poltrona" per capire che cosa vuole il paziente, che cosa è possibile consigliargli e quali rischi è necessario evitare.

La posizione ufficiale degli esperti europei

Il Comitato scientifico dei prodotti di consumo (Sccp) dell'Unione Europea si è espresso con molta chiarezza in merito alla pericolosità degli sbiancanti dentali.

L'uso di dentifrici, collutori e prodotti per lo sbiancamento dei denti contenenti fino allo 0.1% di perossido di idrogeno non presenta alcun rischio per la salute del consumatore.

L'uso di prodotti sbiancanti contenenti percentuali di perossido di idrogeno comprese tra lo 0.1% e il 6% può comportare rischi per il consumatore, che aumentano con la concentrazione del composto e con la frequenza di applicazione. Questi rischi potenziali possono essere limitati se il trattamento è effettuato con una metodica corretta, con l'approvazione del dentista e sotto la sua supervisione.

Ogni paziente deve essere valutato in modo individuale prima di decidere il tipo di trattamento più adatto.

È necessario che vengano condotte ulteriori ricerche in merito all'utilizzo dei prodotti sbiancanti per periodi prolungati.

Si ritiene che l'utilizzo di prodotti di sbiancamento dentale contenenti più del 6% di perossido di idrogeno non sia sicuro per i consumatori.

Quando i denti sono macchiati

Esistono innanzitutto due tipologie di macchie. Quelle estrinseche sono causate da certi alimenti, dal tabacco e dall'usura che la masticazione provoca col passare del tempo. Le macchie intrinseche, invece, si formano dall'interno dei denti; possono derivare dall'invecchiamento, da traumi o dall'accumulo di sostanze chimiche.

L'età è il primo fattore evidentemente correlato alla formazione di macchie. L'utilità di uno sbiancamento diventa sempre più evidente con il passare degli anni, ma anche le difficoltà di ottenere buoni risultati aumentano.

Molto dipende comunque dal colore naturale, che ha una forte variabilità individuale: solitamente, i denti che tendono a una colorazione giallo-bruna si sbiancano più facilmente di quelli che hanno tonalità grigio-verdi. Inoltre alcune persone hanno denti che appaiono più sottili e trasparenti: significa che il pigmento è minore e lo sbiancamento risulta più difficile rispetto a denti più spessi e opachi.

Le abitudini alimentari hanno un'influenza notevole: si sa che i cibi acidi aumentano l'erosione dello smalto, mentre vino, caffè, tè e molte altre bevande e alimenti sono responsabili di macchie. La nicotina, poi, penetra all'interno del dente e arriva a produrre macchie intrinseche, molto più difficili da eliminare. Anche alcuni farmaci possono avere conseguenze sul candore del sorriso e lo stesso fluoro, ampiamente pubblicizzato per l'igiene orale, può in dosi eccessive causare fluorosi e macchie sullo smalto.

Prima di ogni trattamento sbiancante professionale è necessaria una verifica della situazione igienico-orale. In caso di presenza di tartaro, gengiviti, o lesioni cariose gravi eccetera, è necessario prima trattarli. Come pure una valutazione delle abitudini alimentari e voluttuarie (fumo, caffè).

Alcune necessarie precauzioni

Lo sbiancamento dentale, se effettuato secondo le corrette indicazioni, è considerato una procedura sicura. È tuttavia opportuno ricordare alcuni dei rischi in cui si può incorrere.

Sensibilità. Lo sbiancamento può indurre un aumento temporaneo di sensibilità agli stimoli termici, alla pressione e al tocco. Alle basse concentrazioni dei prodotti venduti nelle farmacie, tuttavia, questo rischio è ridotto. Alcuni individui devono però prestare una maggiore attenzione: sono coloro che presentano recessioni gengivali, denti rotti o scheggiati ed estese otturazioni. Se l'ipersensibilità dura più di uno o due giorni si può ricorrere a paste dentifrice desensibilizzanti al nitrato di potassio.

Irritazione delle gengive. È anche questo un inconveniente temporaneo ma piuttosto frequente, specialmente se l'operazione non è effettuata in modo accurato e professionale.

Denti Technicolor. Alcuni chiamano così l'effetto, esteticamente sgradevole, che si può produrre quando si ha a che fare con denti che presentano qualche forma di restauro, come corone o faccette: queste tendono a mantenere il loro colore originale mentre i denti circostanti vengono sbiancati.

Giampiero Pilat

Tipo di prodotto	Tonalità sbiancate (scala Vita)	Durata del trattamento	Durata dei risultati	Costo	Giudizio
Dentifrici sbiancanti	0.5 - 1	Ogni giorno	-	2 - 5 €	Da utilizzare dopo ogni pasto per mantenere una buona salute orale
Strisce	4 - 5	2 volte al giorno per 30 minuti, ciascuna per 15 giorni	6 - 12 mesi	50 €	Per discromie lievi; sono un compromesso tra costi e risultati
Altri prodotti in farmacia	2	2 volte al giorno per 30 minuti, ciascuna per 15 giorni	6 mesi	15 - 20 €	Per chi vuole ottenere un lieve sbiancamento partendo da discromia lieve
Sbiancamento con mascherina a casa	10 - 15	1 volta al giorno per 2 ore per 12 giorni	2 - 3 anni	450 - 500 €	Per chi vuole ottenere un sorriso estremamente bianco in modo efficace, sicuro e delicato
Sbiancamento presso studio dentistico	10 - 15	60 minuti	2 - 3 anni	500 - 600 €	Per chi vuole ottenere un sorriso estremamente bianco in modo rapido
Sbiancamento con attivazione luminosa presso studio dentistico	10 - 15	20 minuti	2 - 3 anni	600 - 700 €	Per chi non bada a spese e vuole ottenere un sorriso estremamente bianco in soli 20 minuti
Seduta di igiene orale professionale	-	30 - 45 minuti	6 - 12 mesi	70,00 €	Va effettuata almeno una volta all'anno per mantenere un buono stato di salute orale e va comunque sempre svolta prima di sottoporsi a qualunque trattamento sbiancante

› *Metodi sbiancanti a confronto*

Disinfezione

SPORECLEAR

Hu-Friedy ha recentemente introdotto la nuova linea di prodotti **SporeClear**, disinfettanti multiuso per la corretta gestione delle superfici all'interno degli studi odontoiatrici.
I disinfettanti SporeClear sono stati appositamente sviluppati per consentire la pulizia e la disinfezione rapida delle superfici, ottenibile in maniera sicura mediante un unico passaggio di questo prodotto.

Caratteristiche principali
La molecola alla base dei prodotti Sporeclear è brevettata ed esclusiva sul mercato odontoiatrico: è in grado di eliminare un'ampio spettro di patogeni quali spore, virus, batteri e funghi (inclusi C.Diff; Hbv, Hcv, Hiv; H1N1; Mrsa; T.B. e molti altri) in solamente un minuto di contatto, contribuendo a proteggere il personale di studio e i pazienti da rischi microbiologici e dall'esposizione ripetuta e prolungata ad agenti chimici aggressivi.
I prodotti sono certificati CE e corrispondenti a norme EN relative a controllo microbiologico.
I disinfettanti SporeClear non sono abrasivi, corrosivi o volatili; questo rende ancora più semplice e sicuro il loro impiego sui differenti materiali presenti nello studio.
La soluzione disinfettante non è su base alcolica e non contiene aldeidi, cloruri, fenoli, perossidi o nonylphenol ethoxylates, composti particolarmente aggressivi e critici.
La composizione chimica dei prodotti SporeClear rende inoltre questi disinfettanti rispettosi dell'ambiente.
SporeClearl è disponibile in diversi formati, dalle salviette alla soluzione liquida, in modo da soddisfare le esigenze degli operatori e dei differenti ambienti di lavoro.
Attraverso questa nuova linea di prodotti, Hu-Friedy si propone ancora una volta di migliorare il supporto all'attività degli operatori del settore odontoiatrico, contribuendo in maniera significativa e responsabile alla gestione di un aspetto cruciale quale la prevenzione e il controllo dei rischi biologici e delle infezioni crociate.

Per informazioni:
Hu-Friedy Show Room Italia
Tel 02.36589600
gspasic@hu-friedy.com
www.hu-friedy.eu

Sbiancamento

PERFECT BLEACH OFFICE+

Con Perfect Bleach Office+, Voco presenta un gel particolarmente efficace per lo sbiancamento dei denti decolorati. Questo nuovo agente sbiancante, con un'effettiva concentrazione di perossido d'idrogeno al 35%, permette uno sbiancamento professionale rapido, sicuro e permanente di uno o più denti vitali e non vitali decolorati.
Il risultato è quello di un moderno sbiancamento dentale in studio che soddisfa le esigenze estetiche più impegnative.

Caratteristiche principali
Perfect Bleach Office+ assicura la completa rimozione dei pigmenti depositati e può essere usato anche per lo sbiancamento interno, mediante gli speciali puntali applicatori. Perfect Bleach Office+ è ph neutro e contiene fluoruro di sodio.
La consistenza di Perfect Bleach Office+ garantisce una presa sicura sulla superficie del dente. La pratica siringa QuickMix evita errori di miscelazione e assicura che solo la quantità necessaria di gel sbiancante altamente concentrato venga attivata e applicata. Il colore rosso del gel fornisce un eccellente contrasto con il dente e questo significa non solo che l'applicazione può essere controllata, ma anche che, dopo il tempo di esposizione, Perfect Bleach Office+ può essere rimosso facilmente, senza lasciare residui.
Il tempo di esposizione del prodotto è di soli 10-15 minuti. Una volta applicato sui denti, il gel non richiede un'ulteriore attivazione.
La pratica LC Dam assicura un'ottimale protezione gengivale: il materiale a base di composito si applica mediante una siringa antigocciolamento e copre in modo uniforme la gengiva e le papille interdentali. Inoltre, la protezione gengivale non cola durante il trattamento e può essere successivamente rimossa in un pezzo unico.

Per informazioni:
Voco GmbH
www.voco.de

Endodonzia

FRESA H1SML

Non sempre si riesce a rintracciare con facilità un imbocco canalare, anzi spesso occorre esporre un istmo - vale a dire una porzione di tessuto che congiunge due canali radicolari – prima di trovare un canale nascosto.
In collaborazione con lo specialista in endondonzia, il dottor Hans-Willi Herrmann di Bad Kreuznach, in Germania, la Komet ha ideato una fresa che facilita moltissimo il reperimento dei canali grazie alla sua forma e alla sua efficacia di taglio. Si tratta della fresa H1SML, una fresa a palla a taglio aggressivo con un collo molto lungo e una lunghezza totale di 31 mm.
Il vantaggio decisivo di questa fresa consiste nel permettere all'operatore una **visione completa** e senza interferenze durante la lavorazione al microscopio o con gli occhialini. Grazie all'ottima visuale dovuta al collo estremamente slanciato si possono evitare perforazioni o asportazioni indesiderate e non necessarie di sostanza dentale.
Il controllo visivo continuo insieme all'efficacia tagliente fanno della fresa H1SLM lo strumento d'elezione per tutti coloro che mirano a un'endodonzia di successo a invasività minimale in condizioni di elevata sicurezza operativa.

Per informazioni:
Komet Italia srl
Tel. 02.67076654
Fax 02.67479318
kometitalia@komet.it
www.komet.it

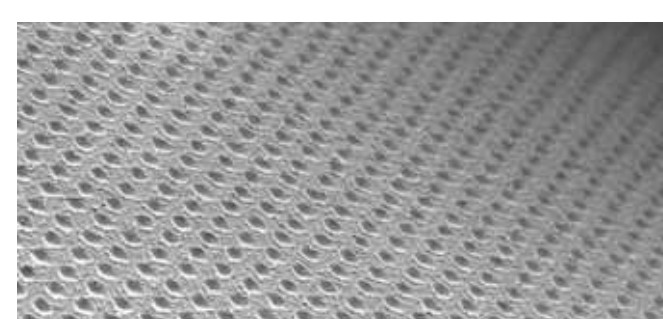
Arredamento

LINEA TRE T

Dalla creatività Tre T nasce una nuova sorprendente linea di arredamento per l'odontoiatria, disponibile in due versioni: T 300 e T 200.
T 300 stupisce nella forma, nei materiali e nei coraggiosi contrasti di colore; T 200 mantiene il design di T 300, ma presenta soluzioni e abbinamenti meno arditi pur conservando lo spirito altamente innovativo e ricercato. Entrambe le proposte si fanno apprezzare per la bellezza delle forme e l'**alta qualità dei materiali**, frutto di un processo svolto interamente in Italia, dal progetto iniziale alla produzione finale.
Tutte le superfici sono trattate a mano con precisione artigianale e verniciate a forno con cura meticolosa. T 300 e T 200 sono disponibili in numerosi materiali e colori, per soddisfare le più diverse esigenze.
Con il lancio della nuova linea, Tre T inaugura un nuovo corso aziendale. L'azienda con sede a Saonara, in provincia di Padova, forte di oltre 25 anni di esperienza nel settore, ha scelto di rinnovarsi completamente, mantenendo però inalterate l'alta qualità e l'affidabilità di tutti i prodotti. Il rinnovamento di Tre T, oltre che il prodotto, coinvolge anche l'immagine aziendale, a partire dal nuovo logo fino alla comunicazione cartacea e al nuovo sito web.

Per informazioni:
Tre T sas di Tosato E.G & C.
Tel. 049.8797169
Fax 049.644886
info@tret.biz - www.tret.biz

Implantologia

SYNTHEGRA

Synthegra è la superficie degli impianti Geass (*way Milano, way Roma e way Venezia*): trattata al laser, offre risultati elevati in termini di attivazione dei meccanismi di rigenerazione ossea. Questo grazie alla sua energia che accresce la capacità di attrarre le proteine del sangue coinvolte nei primi minuti di contatto tra la superficie dell'impianto e il tessuto ospite, processo fondamentale per una perfetta osteointegrazione.
Geass ha condotto degli studi per confrontare l'energia di Synthegra con quella presente in altre superfici oggi commercializzate e il risultato premia gli anni di studi, di ricerca e di sperimentazioni di questa azienda friulana che si fa sempre più strada tra le major: test quantitativi di adesione proteica dimostrano che la quantità di albumina e fibronectina presenti su Synthegra è cinque volte superiore rispetto a quella riscontrata sulle altre superfici testate, determinando una migliore quanto più veloce osteointegrazione dell'impianto.

Caratteristiche principali
L'energia di Synthegra è definita dalle caratteristiche fondamentali della sorgente (il laser), dalla composizione chimica della superficie e dalla microgeometria.
La corretta focalizzazione del raggio, la breve durata dell'impulso e la particolare lunghezza d'onda che contraddistinguono la sorgente laser brevettata da Geass permettono la creazione di una superficie completamente pulita, ad elevata ripetibilità e con zero contaminanti. Non solo. La tecnologia Synthegra consente di controllare a livello micrometrico l'uniformità dimensionale e la distribuzione delle porosità, rivoluzionando il concetto di rugosità superficiale dell'impianto - che influenza la risposta cellulare del tessuto ospite – e definendo una nuova categoria di superfici, caratterizzate da nicchie uguali una all'altra per diametro, profondità e interspazio.

Per informazioni:
Geass srl
Tel. 0432.669191
Fax 0432.665323
www.geass.it

Implantologia

SALDATRICE WELD & LOAD

La tendenza nell'implantologia moderna è volta a semplificare e diminuire il carattere invasivo degli interventi, sia a livello chirurgico che a livello protesico. Una filosofia, quella della mininvasività, che ha portato oggi a un forte contenimento dei tempi necessari per una completa riabilitazione implanto-protesica. In questo ambito le procedure del carico immediato per la parte chirurgica e protesica hanno avuto grande applicazione negli ultimi decenni. Il carico immediato permette infatti di abbreviare notevolmente i tempi di attesa per il paziente, garantendo un rapido recupero della funzionalità masticatoria, estetica e fonetica, nonché una significativa riduzione dei costi sia per il paziente che per lo studio odontoiatrico.

L'uso della saldatrice Weld & Load semplifica e rende più sicuro il carico immediato, infatti permette di creare un'unica struttura garantendo una maggiore stabilità e un'equa distribuzione dei carichi masticatori.

La saldatrice endorale si rivela dunque essere una tecnica adatta per la fabbricazione di un manufatto protesico nello stesso giorno dell'intervento di chirurgia implantare.

Fissaggio rigido e immobilità degli impianti sono essenziali nella risposta dei tessuti perimplantari al successo del carico immediato.

Il fissaggio rigido infatti riduce lo stress meccanico esercitato su ogni impianto impedendone i micro movimenti a vantaggio dei tessuti ossei circostanti.

La saldatrice Weld & Load utilizza il principio della fusione o sincristallizzazione. L'unione fra due superfici metalliche (barra e impianto/moncone) che lega gli atomi tra loro e realizza un reticolo cristallino della zona di giunzione "welding spot".

Questa saldatrice trova diverse indicazioni: protesi avvitata (i monconi vengono saldati tra loro e inglobati nel manufatto protesico), protesi cementata (gli impianti oppure i monconi vengono saldati tra di loro), overdenture (i monconi a pallina vengono avvitati sugli impianti e poi saldati tra di loro) e saldatura di impianti provvisori nel caso di interventi di chirurgia implantare complessa e rigenerativa (Gbr e Gtr).

Per informazioni:
AB Italy
Tel. 0372.439957
iic@teletu.it

Il grafico presenta l'andamento della stabilità primaria e secondaria in funzione del tempo. Si nota che dalla seconda settimana fino alla terza/quarta vi è una significativa riduzione della stabilità; la fissazione rigida con l'aiuto della saldatura endorale lo impedisce.

Italian Dental Journal Anno VI - numero 10 - settembre 2011
Mensile di attualità, informazione, cultura

Organo Ufficiale Smom onlus
Solidarietà Medico Odontoiatrica nel Mondo

Direttore responsabile
Paolo Pegoraro p.pegoraro@griffineditore.it

Redazione
Andrea Peren redazione@griffineditore.it

Grafica e impaginazione
Marco Redaelli - www.creativastudio.eu

Foto
Archivio Griffin srl

Hanno collaborato in questo numero: Sara Arcari, Flavia Bruno, Francesco Frova, Claudia Grisanti, Susanna Levi, Giovanni Lodi, Giampiero Pilat, Andrea Telara, Marisa Testa, Renato Torlaschi, Elena Varoni

Pubblicità

Direttore commerciale
Giuseppe Roccucci g.roccucci@griffineditore.it

Direttore vendite
Stefania Bianchi s.bianchi@griffineditore.it

Vendite
Manuela Pavan (Agente) m.pavan@griffineditore.it

TIRATURA DEL PRESENTE NUMERO: 20.000 copie

EDITORE: Griffin srl
P.zza Castello 5/E - 22060 Carimate (Co)
www.griffineditore.it - www.dentaljournal.it
info@griffineditore.it - redazione@dentaljournal.it
Tel. 031.789085 - Fax 031.6853110

Testata associata A.N.E.S.

L'Editore dichiara di accettare, senza riserve, il Codice di autodisciplina pubblicitaria. Dichiara altresì di accettare la competenza e le decisioni del Comitato di controllo e del Giurì dell'zutodisciplina pubblicitaria, anche in ordine alla loro eventuale pubblicazione.

Stampa
Roto3 Industria Grafica SpA
Via Turbigo 11/b - Castano Primo (MI)

Italian Dental Journal, periodico mensile

Registrazione del Tribunale di Como N. 13/06 del 24.07.2006

Iscrizione nel Registro degli Operatori di Comunicazione con il n. 14370 in data 31.07.2006
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. In L.27/02/2004 n.46) art 1 comma 1, DCB Milano Taxe Perçue

Abbonamento annuale Italia: euro 2.25
Singolo fascicolo: euro 0.25

Prevenzione

PAKI43

La ricerca scientifica ha rilevato una incidenza del 38% nella popolazione generale e dell'81% nei soggetti in età evolutiva di individui che presentano **disturbi dell'articolazione del linguaggio** correlati alle alterazioni delle funzioni orali.

In questi casi si ricorre alla terapia miofunzionale, un approccio non invasivo e non chirurgico che ha ottenuto risultati efficaci e stabili nel tempo, in particolare nei bambini, con ripristino volontario e naturale delle funzioni muscolari oro facciali.

Caratteristiche Principali

Paki43 è un kit miofunzionale per l'allenamento dei muscoli orofacciali nell'ambito della terapia miofunzionale, un programma educativo e rieducativo per correggere le alterazioni delle funzioni come la respirazione, l'alimentazione (suzione, masticazione, deglutizione), la fonazione e la mimica facciale.

Paki43 nasce da una rivisitazione della metodologia secondo Garliner e si distingue per una facile standardizzazione, riproducibilità delle prove e valutazione obiettiva dei risultati. Inoltre tale materiale si è rilevato utile anche in caso di recidiva ortodontica nelle varie fasce d'età.

Le alterazioni delle funzioni orali, se non curate tempestivamente, possono far insorgere nel soggetto in età evolutiva uno squilibrio muscolare orofacciale. I sintomi più frequenti sono dati da una respirazione orale (a bocca aperta), deglutizione deviata, alterazioni dell'articolazione verbale fonatoria, palato alto e stretto, malocclusione, vizi orali (succhiamento del dito, delle dita, del ciuccio, perdurare dell'alimentazione attraverso la tettarella del biberon), scarso controllo e coordinazione muscolare orofacciale, anormale postura linguale a "riposo".

Per informazioni:
Isasan srl
Tel. 02.96754179
Fax 02.96754190
info@isasan.com
www.isasan.com

Igiene Orale

TEPE ANGLE

L'azienda svedese TePe, specialista in prodotti per l'igiene orale, espande la sua gamma di pulizia interdentale introducendo TePe Angle, uno spazzolino interdentale molto facile da utilizzare, angolato per un accesso ottimale in tutti gli spazi interprossimali.

«TePe Angle è stato sviluppato in ogni singolo dettaglio per facilitarne l'utilizzo quotidiano. Le proporzioni del manico sono state calcolate per offrire un'impugnatura ottimale e la testina angolata ottimizza l'accesso in zone difficilmente raggiungibili» spiega Paul Wallström, responsabile di R&S a TePe.

TePe Angle è facile da usare negli spazi interprossimali dei denti posteriori e dalle zone palatale e linguale, grazie alla testina sottile e angolata. Il manico lungo e piatto offre un'impugnatura naturale ed ergonomica, che consente movimenti precisi e controllati.

Lo scovolino è disponibile in sei misure, codificate per colore, per adattarsi sia agli spazi interprossimali stretti che a quelli più ampi. Tutte le misure hanno il filo metallico rivestito in plastica. Il manico è realizzato in materiale plastico riciclabile.

Per informazioni:
TePe srl
Tel. 02.93291475
Fax 02.93594980
infoitalia@tepe.com
www.tepe.com

Igiene Orale

LINEA GUM HALICONTROL

Secondo un recente studio il 50-65% della popolazione adulta soffre o ha sofferto del disturbo di alito cattivo (*Campisi G et al. Halitosis: could it be more than mere bad breath? Intern Emerg Med. 2010 Dec 8*).

Non tutti i pazienti sanno che il 90% delle cause del cattivo alito sono dovute a una scarsa igiene orale e non a problemi dello stomaco o digestivi, come molti credono.

Sunstar ha presentato la sua **nuova linea** Gum Halicontrol: collutorio, dentifricio gel e pulisci lingua studiati specificatamente per contrastare l'alito cattivo direttamente all'origine.

Caratteristiche Principali

Basandosi su sistemi tecnologicamente avanzati, Gum HaliControl offre una soluzione a tripla azione per un alito sano e puro, senza coprire semplicemente l'odore ma lavorando attivamente per combattere l'alito cattivo alla sua origine, grazie alla neutralizzazione dei batteri responsabili del disturbo.

Gum Halicontrol Collutorio è senza alcol e può essere usato quotidianamente per distruggere i batteri responsabili dell'alito cattivo.

Gum Halicontrol Dentifricio Gel neutralizza i composti solforati presenti nella bocca e ne previene l'evaporazione grazie all'azione di un complesso che intensifica la salivazione. Può essere usato giornalmente, come parte essenziale dell'igene orale quotidiana, per eliminare i batteri responsabili dell'alito cattivo e per prevenire la formazione di carie, grazie alla combinazione di fluoro e isomalto, per un'efficace rimineralizzazione dello smalto dentale.

Gum Halicontrol Pulisci Lingua: è facile da usare, grazie alla sua testina stretta e alle sue due diverse serie di setole e di raschietti, che aiutano a rimuovere i batteri responsabili dell'odore sgradevole. Se usato giornalmente con una piccola quantità del gel si rivela un ottimo strumento per combattere l'alitosi.

Per informazioni:
Sunstar Italiana srl
Tel. 02.96319003
Fax 02.96319008
info.italy@it.sunstar.com
www.sunstargum.com

Conservativa

VENUS DIAMOND

Venus Diamond, grazie alla sua innovativa matrice mono-merica e al sistema di riempitivo nano-ibrido, combina uno stress da polimerizzazione estremamente basso e un'alta resistenza marginale con un ottimo adattamento del colore. Questa combinazione assicura ricostruzioni di lunga durata e dall'aspetto naturale. Gli eccellenti risultati clinici di ricostruzioni sono stati ampiamente dimostrati da numerosi studi in vivo.
Oggi Heraeus completa la gamma di masse del collaudato composito nano-ibrido Venus Diamond con quattro dentine opache cromatiche.

Caratteristiche Principali
Per offrire al professionista una maggior flessibilità nei restauri dentali quotidiani Heraeus ha sviluppato **quattro dentine opache aggiuntive** con più croma e a più elevata opacità, adatte sia per ricostruzioni di elementi anteriori che posteriori. Essi assicurano una più larga possibilità di copertura di elementi discromici o tatuaggi della dentina durante la sostituzione di amalgami, allo stesso modo in cui permettono la ricostruzione di V classi scure.
Le nuove dentine opache cromatiche Venus Diamond si uniscono alle 28 masse incisali, universali e dentine opache di Venus Diamond, offrendo molti livelli di traslucenza per simulare l'estetica naturale dei denti.
Le nuove dentine opache cromatiche Venus Diamond devono essere applicate con la nota tecnica multistrato in combinazione con le altre masse Venus Diamond.

Per informazioni
Heraeus Kulzer srl
Tel. 02.2100941
heraeus.hki@heraeus.com
www.heraeus-venus.com

Parodontologia

OSTEORA

DFS Diamon e De Ore hanno siglato un accordo per la distribuzione sul mercato italiano di Osteora, una sospensione oleosa di idrossido di calcio, di consistenza cremosa, che esercita un'azione di rigenerazione parodontale.
I dati degli studi condotti *in vitro* e *in vivo*, sia sperimentali che clinici, hanno dimostrato che Osteora svolge un'attività batteriostatica, antinfiammatoria e analgesica che comportano un significativo miglioramento delle ferite parodontali: i guadagni di attacco clinico sono quasi il doppio rispetto all'open curettage e migliori anche rispetto all'impiego delle amelogenine.
Osteora viene facilmente applicata nel sito per mezzo di una siringa preconfezionata. Osterora è un materiale molto ben documentato che copre una branca, quella della terapia parodontale, dove negli ultimi anni, dopo la GTR e le amelogenine, la ricerca e i risultati clinici erano arrivati ad uno stop. Con Osteora la terapia parodontale acquisisce un notevole aiuto. La sua capacità di creare un adeguato ambiente alcalino stabile nel tempo consente di ottenere guadagni d'attacco clinico significativi rispetto alla terapia convenzionale e alle amelogenine. Inoltre, rispetto a queste ultime, oltre alla capacità rigenerativa, Osteora vanta proprietà analgesiche e lenitive.
«Osteora è un prodotto che va a colmare un vuoto terapeutico perché associa proprietà rigenerative e proprietà lenitive a totale beneficio del paziente. Il prodotto è assolutamente sicuro e ben documentato, soprattutto dalla scuola tedesca. La fascia di prezzo a cui Osteora viene offerta fornisce al clinico la possibilità di introdurla ed applicarla agevolmente nella sua pratica clinica parodontale» commenta Andrea Nicolis, titolare di De Ore, azienda che distribuisce in Italia altri marchi nel settore della rigenerazione quali Cytoplast (materiali in PTFE e riassorbibili), NanoBone (sostituto osseo sintetico) e un'ampia gamma di suture odontoiatriche tedesche, Serag-Wiessner.

Per informazioni:
Tel. 045.6020924
Fax 045.8326042
info@deorematerials.com
www.deorematerials.com

Imaging Digitale

VATECH PAX FLEX 3D

Pax Flex 3D è un sistema digitale flessibile e facilmente espandibile a un costo conveniente; è un pratico sistema tre in uno: panoramico, cefalometrico e CBCT.
Installando il sensore Cbct nell'apposito alloggiamento dell'unità panoramica, otterrete istantaneamente un'immagine 3D, senza dover acquistare un apparecchio tomografico separato. Tale flessibilità permette un'espansione da una dimensione Fov (field of view) ridotta (5x5 o 8x5 cm) a una dimensione Fov media, pari a 12x8.5 cm.
Semplicemente aggiungendo un sensore addizionale, potrete avere una maggiore visione delle strutture anatomiche che vi permetterà di formulare una diagnosi più precisa ed esaustiva.
L'azienda Vatech si propone sul mercato con un parco di sistemi diagnostici digitali davvero ampio: sette differenti modelli di Ct dentale e sette sistemi panoramici a raggi X.
Punto di forza di tutti i prodotti Vatech è che l'azienda sviluppa e produce direttamente i sensori radiografici digitali, ovvero i componenti a maggiore criticità dei sistemi di diagnostica a raggi X.
A livello mondiale, Vatech, Inc. ha 19 filiali e 17 centri di assistenza tecnica; presente in 11 nazioni distribuite in tutto il mondo, Vatech riceve riconoscimenti dai clienti come azienda primaria in radiologia digitale.
«Grazie ai vostri riconoscimenti, noi di Vatech continueremo a fornire a medici, radiologi e distributori tecnologie estremamente innovative e adattabili a qualsiasi tipo di esigenza in ambito radiologico-dentale - spiegano dall'azienda -. La filosofia della Vatech è racchiusa nei tre cerchi di luce del nostro logo: rappresentano rispettivamente passione, specializzazione e innovazione».

Per informazioni:
Vatech Italia srl
Tel. 02.97696950
Fax 02.97696954
info@vatech.it
www.vatech.it

Odontoiatria pediatrica

MAM PERFECT

Una delle domande più frequenti dei genitori riguarda gli **effetti negativi della suzione** non finalizzata alla nutrizione. La suzione infatti è uno dei più importanti bisogni fisiologici per la corretta crescita del bambino e il suo effetto sul posizionamento dei denti e sul loro sviluppo è da sempre argomento di discussione scientifica.
Dopo anni di studi con ortodontisti e dentisti pediatrici, l'azienda MAM ha ideato il primo succhietto che garantisce il corretto sviluppo di denti, mascella e mandibola, perché si adatta in maniera ottimale alla bocca del bambino e riduce in modo significativo il rischio di disallineamento delle arcate e di malocclusione dentale.
Si chiama MAM Perfect ed è il ciuccio più sottile presente sul mercato, caratteristica che permette alle arcate dentarie del bimbo di essere più vicine e di non disallinearsi.

Caratteristiche principali
Grazie alla speciale tecnologia Dento-flex brevettata da MAM, la tettarella di questo prodotto, oltre a essere estremamente morbida ed elastica, ha uno spessore di soli 2,28 mm.
Uno studio condotto dal professor Reinhold Kerbl e dal suo team al dipartimento di pediatria del Leoben Regional Hospital in Austria evidenzia che lo spazio vuoto tra mandibola e mascella viene notevolmente ridotto utilizzando il nuovo succhietto, grazie appunto al collo della tettarella eccezionalmente sottile e alla morbidezza dei materiali utilizzati.

Per informazioni:
Happybimbo
www.happybimbo.com

Igiene Orale

SMILE E JOY

Leggero e maneggevole, Smile di Tau Marin è lo spazzolino adatto per denti da latte (da 0 a 5 anni).
Studiato appositamente per facilitare l'approccio dei bambini allo spazzolino e educarli a un utilizzo quotidiano, Smile presenta una testina corta con struttura a scalare delle setole che, con inclinazione 15°, agevola i movimenti per una maggior pulizia, anche nei punti più nascosti.
La punta arrotondata in ciuffi densi e ravvicinati evita di graffiare lo smalto dei denti e irritare le gengive. Le setole inoltre sono alternate a diversa elasticità per rimuovere meglio la placca e favorire al contempo un corretto massaggio delle gengive.
Ricoperto da un rivestimento in gomma antiscivolo, il manico di Smile è anatomicamente studiato per una corretta e sicura presa e la sua forma lievemente curva favorisce una efficace spazzolatura nei punti nascosti.
Lo spazzolino Joy è invece studiato su misura per i bambini da 6 a 12 anni per accompagnare la spazzolatura dei denti appena sostituiti o di quelli caduchi.
Entrambi gli spazzolini sono in vendita in farmacia.

Per informazioni:
Tau Marin
www.igieneoraleperfetta.it

Osteomielite orale in reperti fossili

Ritrovamenti fossili dimostrano che anche i dinosauri potevano sviluppare patologie orali anche letali. In ottica evoluzionistica, i fossili ci danno preziose indicazioni sullo sviluppo della dentizione

L'evoluzione è bella, devono aver pensato i nostri antenati passati da quattro a due zampe, quando scoprirono la comodità di potersi muovere con due arti liberi per fare altro, ma ogni tanto l'evoluzione mostra pure il suo lato B, dove B non sta per beneficio, anzi. Le nostre lombalgie, per esempio, sarebbero molto meno frequenti se fossimo rimasti quadrupedi.
Un sorprendente effetto collaterale del lato B ci viene ora fornito dalla mandibola di un esemplare di *Labidosaurus hamatus*, un malcapitato dinosauro morto probabilmente per un'osteomielite originata da una frattura dentale.

Vecchio come un mal di denti

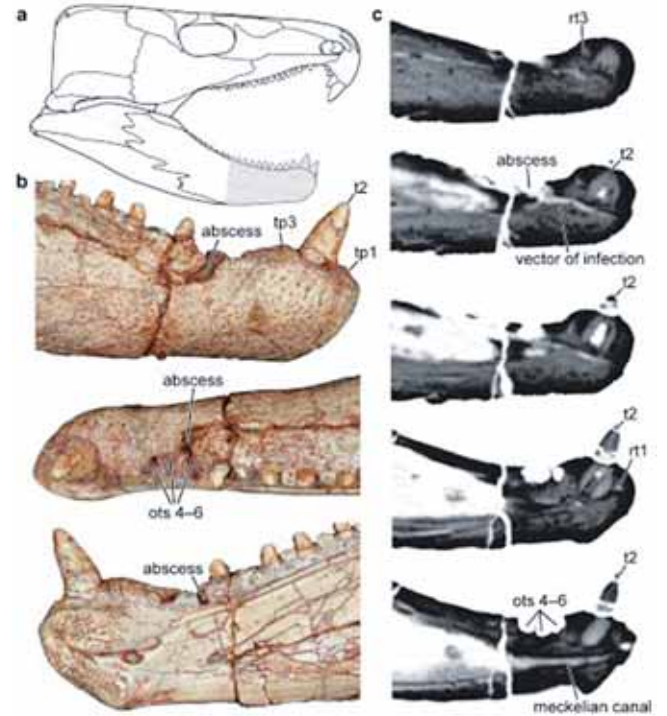
La scoperta dell'équipe del professor Robert Reisz, direttore del dipartimento di biologia all'università di Toronto, porta indietro di 200 milioni di anni l'epoca del primo mal di denti di cui ci sia giunta qualche traccia. Finora, infatti, l'odontalgia più antica risultava quella di un altro dinosauro vissuto nel periodo Permiano (era Paleozoica) mentre Labidosaurus h. era un rettile terrestre del tardo Cretaceo (era Mesozoica), cioè circa 275 milioni di anni fa.
Ma l'importanza di questa scoperta, avvenuta su reperti venuti alla luce in Texas nel 2007, sta nel fatto che rivela i vantaggi e gli svantaggi che si trovarono ad affrontare i Captorinidi, la famiglia cui apparteneva questo animale, quando il loro apparato dentario cominciò ad evolversi e la loro dieta si trasformò da vegetariana a mista.
«In questo caso, come succede per la specie umana, tale passaggio potrebbe avere aumentato la loro suscettibilità alle infezioni orali - ha spiegato Reisz -. Infatti se da un lato una dentatura permanente permette di masticare cibi molto diversi tra loro, dall'altro è molto più vulnerabile in caso di infezione» commenta il ricercatore.

I denti del dinosauro

Esaminando la mandibola di Labidosaurus h. conservata nel museo di storia naturale di Pittsburgh, biologi e paleontologi hanno notato che mancavano alcuni denti e che l'osso mostrava segni di erosione; segni che testimoniavano l'esito di un processo infettivo.
Per questo hanno sottoposto il campione a un esame tomografico ricavandone circa 400 sezioni con spessore di 800 micron. L'analisi delle immagini ha rivelato che due denti fratturati non erano stati sostituiti da denti nuovi, che nei rettili erompono normalmente sul lato linguale, ma erano rimasti sepolti da osso neoformato. Inoltre, in tre alveoli le pareti linguali e vestibolari erano tanto danneggiate da risultare esposto l'osso trabecolato, segno del passaggio di un'infezione. Analogamente anche la faccia laterale della mandibola mostrava un solco, di natura osteolitica, che partiva dal setto compreso tra gli alveoli danneggiati e decorreva in direzione posteriore e ventrale, estendendosi in profondità nell'osso.
È quindi abbastanza facile immaginare che il titolare della mandibola si sia imbattuto in un "osso duro" che ha causato prima la frattura di due denti e poi, in mancanza di antibiotici, un ascesso periapicale evoluto in osteomielite cronica.
Non è possibile dire se questa infezione abbia causato la morte dell'animale ma è probabile che vi abbia contribuito, dato che in alcuni rettili ancora oggi esistenti l'osteomielite orale è una patologia potenzialmente letale.

L'evoluzione della dentatura

Se il caso clinico di questo labidosauro può sembrare banale per i dentisti, così non è per Reisz e gli altri biologi che nel loro articolo lo considerano «particolarmente interessante» per il suo significato evoluzionistico.
Come scrivono gli autori il successo biologico dei Captorinidi, i primi rettili "globalizzati" in quanto capaci di diffondersi su tutto il pianeta, suggerisce che il forte ancoraggio di tipo anchilotico tra dente e osso rappresentava un vantaggio evolutivo significativo.
Tale cambiamento portò alla comparsa di serie aggiuntive di denti che non venivano rimpiazzate; una novità per i vertebrati terrestri dell'epoca, abituati alla sostituzione continua degli elementi dentari per l'intero ciclo vitale. Questo meccanismo di "dentizione continua" si modificò seguendo due diramazioni: la prima fu la grande riduzione o l'eliminazione dei cicli di sostituzione, come avvenne per i mammiferi e alcuni rettili, Captorinidi compresi. La seconda fu l'eliminazione totale della dentizione, come avvenne in molti uccelli.
Un percorso evolutivo simile si verificò anche nei Synapsida, grandi vertebrati terrestri con caratteristiche che anticipavano quelle dei mammiferi, nei quali aumentò anche la lunghezza delle radici dentali.

Susanna Levi

› *Il fossile rinvenuto rivela mancanza di elementi dentari, perdita di massa ossea e odontalgia*

› *Il Labidosaurus hamatus*

ERA GEOLOGICA	MILIONI DI ANNI FA	
Precambriano	da 4600 a 542	La vita compie i primi passi
Paleozoico	da 542 a 251	La vita esce dall'acqua
Mesozoico	da 251 a 65	I continenti si separano
Cenozoico	da 65 a 2	Tra i mammiferi compaiono i primati

› *Le ere geologiche*

LA NASCITA DELL'OCCLUSIONE

Lo studio della paleontologia ha permesso di attribuire se non proprio un certificato almeno un'epoca di nascita all'occlusione dentale.
Le prime tracce di usura dentale dovute a interazioni funzionali tra denti antagonisti risalgono a circa 300 milioni di anni fa e, cosa molto interessante, esse sono contemporanee alla diffusione e alla diversificazione dei primi vertebrati terrestri e alla loro dieta ricca di fibre vegetali.
Tra questi ci furono i Varanopi, vissuti nel Permiano (l'ultimo dei sei periodi in cui è divisa l'era geologica del Paleozoico), che si cibavano di insetti e piccoli animali. Anche nella famiglia dei Captorinidi sono state ritrovate tracce di questo tipo, per quanto piuttosto disorganizzate; le superfici di usura non sembrano infatti derivare da una serie standardizzata di movimenti funzionali, dato che si possono riscontrare su alcuni denti di una fila ma non su quelli vicini o della fila adiacente.
In altri animali della medesima famiglia forniti di sei file di denti nell'arcata superiore e di sette nell'inferiore, i segni di usura sono invece ubiquitari e interessano solo le superfici linguali e vestibolari. Questo suggerisce che ogni fila si inserisse tra due file antagoniste; per fare questo, era necessario che l'osso inferiore si muovesse lateralmente di pochi gradi.

Dubai, città di record e «follie» architettoniche

I recenti problemi finanziari non sembrano rallentare l'entusiasmo e la crescita della città. Da qualche anno Dubai, la città futuristica per eccellenza, è meta di turismo per europei e americani

Tra la sorpresa di quasi tutti, la crisi è arrivata anche lì. In mezzo al rosso della sabbia del deserto, di fronte al blu del mare del Golfo Persico, sorge quella che veniva considerata la nuova Eldorado, la città dei superlativi, dove tutto sembrava possibile: Dubai. La città ha preso il nome di tutto l'emirato, tanto il resto del territorio conta ormai poco: in passato vi si estraevano fiumi di petrolio, ma adesso è quasi esaurito e quel che più rende è il turismo. La politica intelligente e lungimirante degli sceicchi Al Maktoum era riuscita a traghettare il Paese nel dopo-petrolio, mantenendone e anzi aumentandone la ricchezza.

Certo, da quando nell'emirato è scoppiata la bolla economica, da quando le stime di Moody's hanno annunciato che su Dubai ricadeva un debito miliardario, molte cose sono cambiate. I primi a subirne le conseguenze sono stati i numerosi lavoratori stranieri: senza tutele sindacali e improvvisamente senza lavoro, molti devono abbandonare il Paese. Il governo ha provato a minimizzare la gravità della situazione, ricordando l'enormità dei beni sovrani, oltre al valore delle stesse infrastrutture.

Meraviglie architettoniche

Le attrazioni turistiche per i turisti restano talmente tante da giustificare davvero il viaggio, cercando solo di evitare la piena estate, quando caldo e umidità costringono a restare al chiuso, protetti dall'aria condizionata onnipresente e inevitabile.

Intanto, nonostante la crisi, è stato completato il più alto grattacielo del globo, mentre il primo hotel a sette stelle del mondo continua ad accogliere coloro che possono permettersi il prezzo (da 1.000 a 15.000 dollari a notte) delle sue suite.

Se tutto andrà come era dato per certo solo pochissimi mesi fa, isole artificiali a forma di palma, altre 300 che formeranno un planisfero, un centro di sci alpino in mezzo al deserto e una serie di follie faraoniche si moltiplicheranno per creare un simbolo di modernità nel bel mezzo di una penisola arabica decisamente meno dinamica e più ancorata al passato. Eppure non ci si dimentica di essere in un paese arabo, molte tradizioni resistono e, anche dal punto di vista architettonico, le nuove grandiose costruzioni sovrastano ma non cancellano la vecchia Dubai, con i suoi stretti vicoli, le moschee, i suq e le alte torri del vento.

I primati

Proviamo a raccontarvi solo qualcuna delle meraviglie di Dubai. Non solo lo spazio basta appena a darne un'idea, ma qualunque descrizione è destinata ben presto a risultare datata se le gru dei cantieri riprenderanno a far parte integrante del paesaggio e a trasformarlo, come era successo negli ultimi anni.

Iniziamo allora dal già citato albergo a sette stelle: si chiama Burj al Arab e la sua silhouette a forma di vela è già diventata uno dei simboli dell'emirato. Progettato da Tom Wright, si innalza per 321 metri su un'isola artificiale nei pressi della spiaggia di Jumeirah. L'architettura è magnifica, l'interno impressionante e immenso con un atrio alto 180 metri, con una profusione – decisamente *kitsch* – di decorazioni, marmi, porpora e oro: puro sfarzo. Non potendo permettersi una delle suite, il modo più economico per visitare il Burj al Arab è prenotare un tavolo allo Sky View bar del 27° piano, panorama vertiginoso e servizio impeccabile.

Burj Dubai era famoso ancora prima dell'inaugurazione ufficiale. Il 4 gennaio 2009, con i suoi 828 metri, ha conquistato il primato di grattacielo più alto del mondo e ha cambiato il suo nome in Burj Khalifa: è un omaggio allo sceicco Khalifa bin Zayed Al Nahayan, attuale presidente degli Emirati Arabi Uniti ed emiro di Abu Dhabi. Situato lungo la Sheikh Zayed Road, nella downtown della città, vanta molti record, oltre a quello dell'altezza: il maggior numero di piani, l'ascensore più veloce, la gettata verticale di calcestruzzo più elevata, e così via. Progettato da architetti americani (Owings e Merrill Skidmore, gli stessi del Sears Tower di Chicago), Burj Khalifa richiama l'architettura islamica ed è legato a un nome italiano, Giorgio Armani, che ha qui un suo albergo, il cui fiore all'occhiello è una suite di 400 mq al 39esimo piano con vista a 360 gradi sulla città.

Gli arcipelaghi

Ma i primati sono fatti per essere superati e una nuova torre, l'Al Burj, sorgerà su un'isola artificiale e supererà i 1.000, forse i 1.200, metri. Quest'ultima follia è ancora in fase di progetto, ma l'isola artificiale esiste già, neanche a dirlo è la più grande del mondo e si chiama Palm Jumeirah. È uno dei tre arcipelaghi a forma di palma che stanno sorgendo sul Golfo Persico di fronte a Dubai.

Palm Jumeirah è formata da un tronco centrale e da 17 rami, il tutto circondato da una serie di isole che disegnano una corona circolare. I primi residenti sono già arrivati, ma è ancora possibile comprar casa nell'isola: i venditori promettono tramonti senza uguali.

Costruita completamente con materiale naturale, 94 milioni di metri cubi di sabbia e sette milioni di tonnellate di roccia, l'isola ha messo in allarme gli ecologisti, che temono un devastante impatto ambientale. Tuttavia i costruttori assicurano che è stata prestata la massima attenzione a queste problematiche e che numerose specie di pesci e coralli prosperano intorno alle dighe dell'isola, che hanno anzi attirato specie nuove creando un ecosistema ricco e unico.

La seconda palma, Jebel Ali, è piuttosto simile a Palm Jumeirah, mentre la terza, Palm Deira, è ancora in costruzione e non sarà completata prima del 2015, ma sarà la più grande di tutte e sorgerà di fronte al centro commerciale di Dubai.

Avevate qualche dubbio? Dicono sia il più grande del mondo…

Un altro arcipelago artificiale in costruzione si chiama The World, ha la forma di un planisfero ed è costituito da trecento isole che rappresentano tutte le terre emerse. C'è anche l'Italia, ma pare sia già stata venduta, come il 94 per cento delle isole.

In questo emirato dal clima subtropicale e arido, dove in inverno le temperature oscillano di giorno intorno ai 25°C e in piena estate salgono fino a 50°C, una delle attrazioni principali è Ski Dubai, una costruzione di 22.500 metri quadrati che contiene cinque piste da sci.

A sinistra gli sciatori principianti, nel centro quelli intermedi e a destra gli esperti, che dispongono di una pista nera lunga circa 400 metri: scendono e risalgono in meno di dieci minuti.

PAESE CHE VAI...

Attenzione! Gli Emirati non sono l'Arabia Saudita… qui si può bere alcol, le donne non devono per forza vestirsi di nero e possono lavorare. Ma non siamo in Europa… In bilico tra oriente e occidente, tra modernità e tradizione, a volte l'oscurantismo vince.

Capita così di leggere che una coppia inglese è stata condannata a due mesi di prigione per adulterio. Nell'ottobre scorso altri due britannici si sono beccati una pena di tre mesi di reclusione per atteggiamenti giudicati troppo "spinti" su una spiaggia della città.

Il quotidiano locale Emarat Al Youm riferisce che il consiglio esecutivo di Dubai (il governo) ha esortato la popolazione a rispettare le tradizioni musulmane e ad evitare comportamenti considerati non appropriati. Esempi di comportamenti non appropriati? Baciarsi, danzare, suonare o ascoltare musica a volume troppo alto, o anche prendersi per mano se non si è sposati…

La tradizione

Accanto a quella che guarda decisamente al futuro esiste, un po' oscurata dalle nuove gigantesche costruzioni, la parte vecchia di Dubai. Si sviluppa intorno a un'ampia insenatura di acqua marina che si spinge all'interno della città, spaccandola in due. È detta Creek e comprende un'area tra le più rinomate e costose di Dubai. Le stradine qui sono simili a quelle che si trovano un po' in tutto il mondo arabo, con i piccoli suq pieni di gente, ristoranti e negozi dove si vende qualsiasi genere di merce, perlopiù contraffatta...

Per fare buoni affari si può però andare al suq dell'oro: pare che il biondo metallo sia la sola cosa che si possa trovare relativamente a buon mercato a Dubai, grazie a un'antica tradizione di commerci tra l'Europa e le Indie che si è conservata fino ai giorni nostri.

Sempre nella città vecchia, è interessante vedere le torri del vento, un'ingegnosa e spettacolare soluzione per convogliare l'aria dentro le case, raffreddandole - ideata quando l'aria condizionata non esisteva ancora.

Meritano una visita anche la vecchia casa dello sceicco, costruita con muri di corallo ricoperti di calce e gesso, e il museo di Dubai, in cui si può avere un'idea più precisa di com'era la città nei tempi andati.

Prima di tornare da un paese arabo, non si può evitare di visitare una moschea. La più grande e bella di tutta la regione si trova proprio a Dubai, non nella città vecchia ma di fronte al primo degli acclamati arcipelaghi artificiali a forma di palma: è la moschea di Jumeirah. L'esterno è in pietra bianca, con i due altissimi minareti e una cupola imponente, tipica realizzazione in stile architettonico arabo contemporaneo. Tutte le altre moschee degli Emirati restano precluse ai non musulmani, ma qui è possibile effettuare una visita all'interno con tour guidati un paio di volte alla settimana. Un altro segno che conferma la spinta all'apertura impressa dagli sceicchi Al Maktoum.

Renato Torlaschi

UN GIRO NELL'OMAN

Chi ha la possibilità di soggiornare a Dubai abbastanza a lungo, non deve lasciarsi sfuggire un'escursione nel vicino Oman.

Per molto tempo il sultanato ha chiuso le porte ai turisti, che solo dagli anni Ottanta hanno potuto accedere alla terra che un millennio fa avrebbe ospitato il mitico marinaio Sinbad. Il Paese ha conservato una propria identità e un suo particolare stile di vita. I beduini mantengono la tradizione carovaniera sullo sfondo di paesaggi desertici e montuosi, circondati da acque blu e cristalline.

Si può visitare Mascate, la capitale, con il Palazzo del Sultano, la grande Moschea del Sultano Qaboos a Ruwi, il suq e il mercato del pesce nel quartiere di Muttrah e salire alla fortezza di Al Jalali, da dove si gode di una magnifica vista sul porto della città antica. Ma la cosa migliore è arrivare via mare e circumnavigare la penisola di Mussandam per vedere i delfini e le strette insenature. Un mare turchese e spettacolari falesie stratificate valgono certamente il viaggio: sono i fiordi d'Arabia, dove montagne di 2.000 metri si affacciano a strapiombo sulle limpide acque dello stretto di Hormuz.